



**CREU – Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza – REGIONE VENETO**  
Responsabile dell'Area Sistema SUEM 118 del CREU  
Dr. Paolo Rosi

**CENTRALI OPERATIVE PROVINCIALI SUEM 118 – REGIONE VENETO**

Centrale Operativa SUEM 118 PADOVA  
Direttore Dr. Andrea Spagna

Centrale Operativa SUEM 118 PIEVE DI CADORE (BL)  
Direttore Dr. Giovanni Cipolotti

Centrale Operativa SUEM 118 ROVIGO  
Direttore Dr. Marco Sommacampagna

Centrale Operativa SUEM 118 TREVISO  
Direttore Dr. Paolo Rosi

Centrale Operativa SUEM 118 VENEZIA  
Direttore Dr. Paolo Caputo

Centrale Operativa SUEM 118 VERONA  
Direttore Dr. Alberto Schoensberg

Centrale Operativa SUEM 118 VICENZA  
Direttore Dr. Federico Politi

## PRIMA COSTITUZIONE GRUPPO DI LAVORO – 2013

Andrea Spagna  
Andrea Favaretto  
Centrale Operativa SUEM 118 PADOVA

Giovanni Cipolotti  
Antonella Sacco  
Centrale Operativa SUEM 118 PIEVE DI CADORE (BL)

Marco Leopardi  
Consuelo Pavani  
Centrale Operativa SUEM 118 ROVIGO

Anita Antonich  
Sara Polo  
Centrale Operativa SUEM 118 TREVISO

Paolo Caputo  
Elisa Saccoman  
Centrale Operativa SUEM 118 VENEZIA

Alberto Schoensberg  
Michele Frigotto  
Centrale Operativa SUEM 118 VERONA

Federico Politi  
Norella Rocchetto  
Centrale Operativa SUEM 118 VICENZA



### **GRUPPO REVISORI DiRE**

Andrea Spagna – Coordinatore - Medico – Centrale Operativa SUEM 118 PADOVA  
Giovanni Cipolotti – Medico - Centrale Operativa SUEM 118 PIEVE DI CADORE (BL)  
Nicola Bortoli – Medico - Centrale Operativa SUEM 118 VENEZIA  
Andrea Favaretto – Infermiere - Centrale Operativa SUEM 118 PADOVA  
Enrica Caldart – Infermiere - Centrale Operativa SUEM 118 PIEVE DI CADORE (BL)  
Tamara Vincenzi – Infermiere - Centrale Operativa SUEM 118 PIEVE DI CADORE (BL)  
Consuelo Pavani – Infermiere - Centrale Operativa SUEM 118 ROVIGO  
Sara Polo – Infermiere – Centrale Operativa SUEM 118 TREVISO  
Massimo Leoni – Infermiere – Centrale Operativa SUEM 118 VERONA  
Norella Rocchetto – Infermiere – Centrale Operativa SUEM 118 VICENZA



*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## **PREMESSA**

Il Sistema di Dispatch Regionale per l'Emergenza è stato sviluppato da una commissione formata da medici ed infermieri esperti, in rappresentanza delle sette Centrali Operative del Servizio di Urgenza ed Emergenza Medica della Regione del Veneto ed è stato approvato dai Direttori di queste.

Come illustrato in dettaglio nei paragrafi successivi, il documento nasce dall'esigenza di adottare uno strumento che garantisca l'uniformità della risposta a livello regionale, unitamente ad adeguati livelli di qualità e di sicurezza sia per gli utenti che per gli operatori che processano le richieste di soccorso.

Il sistema è stato sviluppato tenendo conto delle evidenze disponibili in letteratura, delle principali esperienze a livello locale, nazionale ed internazionale, dei dati di attività disponibili.

Nell'impianto del sistema è stato tenuto in considerazione il principio della prudente amministrazione delle risorse: se da un lato la Centrale Operativa deve garantire una immediata risposta agli utenti in condizioni critiche, dall'altro deve anche cercare di evitare di destinare le risorse ad utenti che non ne hanno necessità. Un utilizzo incongruo delle risorse porterebbe infatti sia al rischio di una scopertura del territorio, sia ad un ampliamento dei rischi derivanti dal movimento dei mezzi in emergenza, che costituiscono comunque un pericolo per gli utenti della strada, oltre che per il personale a bordo.

Per questi motivi, oltre a definire procedure adeguate ad identificare rapidamente gli utenti in condizioni critiche, il sistema è stato sviluppato anche per supportare l'operatore nell'identificazione delle condizioni per le quali l'invio di un mezzo di soccorso sarebbe incongruo e l'utente deve essere indirizzato verso altre risorse sanitarie e non o ricevere un consiglio.



## INTRODUZIONE

Il Sistema di Urgenza ed Emergenza Medica (SUEM 118) della Regione Veneto ha come *mission* il soccorso immediato a tutti i soggetti che si trovino in conclamate o potenziali condizioni critiche, con alterazione o compromissione delle funzioni vitali e una risposta adeguata agli altri utenti. A questo fine sono necessarie due fasi di risposta:

- La risposta telefonica alle richieste di soccorso, a cui segue la valutazione e la classificazione delle chiamate attraverso l'assegnazione di un codice colore, per stabilire la priorità di intervento.
- La risposta operativa territoriale con un'adeguata e puntuale attivazione di mezzi ed equipaggi idonei a soccorrere, stabilizzare e trasportare il paziente critico presso la struttura sanitaria più appropriata.

Entrambe le fasi sono gestite dalle Centrali Operative 118 (CC.OO. 118) con personale qualificato e adeguatamente formato per assicurare alla cittadinanza interventi sanitari che rispondono ai principi di adeguatezza, appropriatezza, efficacia, tempestività, uguaglianza, imparzialità, efficienza. Per questa loro funzione le CC.OO 118 necessitano di uno strumento operativo che permetta di valutare e codificare la criticità dell'evento per attivare la risposta operativa più adeguata in termini di tempo, mezzi e personale.





## OBIETTIVI GENERALI DEL DiRE

Gli obiettivi generali ai quali si ispira il Sistema Regionale di Dispatch sono:

**UNIFORMITÀ:** Garantire su tutto il territorio regionale una classificazione omogenea delle richieste di intervento.

**ADEGUATEZZA:** Disporre di uno strumento in grado di processare correttamente le richieste di soccorso.

**AFFIDABILITÀ:** Disporre di uno strumento che identifichi con ragionevole certezza il livello di priorità di soccorso in tutte le situazioni, garantendo l'utente e l'operatore.

**SOSTENIBILITÀ:** Garantire l'equilibrio del sistema, evitando l'attivazione incongrua delle risorse ed i relativi rischi conseguenti.

## OBIETTIVI SPECIFICI

Il Sistema Regionale di Dispatch consente:

- L'identificazione immediata delle condizioni di pericolo in atto (codice rosso)
- L'approfondimento delle condizioni cliniche dell'utente quando non si ravvisano le condizioni di immediato pericolo, al fine di identificare la risposta più corretta da fornire all'utente.

La struttura del sistema prevede che attraverso le domande iniziali l'operatore possa giungere all'invio del mezzo di soccorso entro sessanta secondi dall'inizio della conversazione telefonica quando sono presenti condizioni di pericolo di vita in atto.

Nel caso in cui, invece, non vengano rilevate condizioni di pericolo di vita, la struttura prevede che l'operatore possa identificare più in dettaglio i sintomi riferiti dall'utente, stabilendo il giusto livello di priorità e la tipologia di risposta più indicata. In particolare il sistema consente all'operatore di individuare le condizioni nelle quali l'utente non ha necessità di invio dell'ambulanza.



## RICEZIONE DELLA CHIAMATA DI SOCCORSO

Le richieste di soccorso telefoniche che giungono presso le CC.OO.118 del Veneto vengono processate da personale infermieristico con comprovata esperienza in area critica che abbia seguito uno specifico corso formativo (art. 4, DPR 27 marzo 1992). La competenza professionale di questi infermieri è supportata, non sostituita dal DiRE.

Per poter identificare il luogo dell'evento ed assegnare un adeguato codice colore di gravità presunta all'intervento, l'operatore di C.O. effettua un percorso sequenziale logico con domande mirate e utilizza un'appropriata metodologia relazionale con l'utente chiamante.

La ricezione della chiamata di soccorso prevede i seguenti punti specifici:

- Identificazione del numero dell'utente che richiede l'intervento di soccorso;
- Identificazione del target dove effettuare la missione di soccorso;
- Identificazione della motivazione e della pertinenza della chiamata di soccorso;
- Assegnazione all'evento del codice colore di criticità presunta;
- Eventuale erogazione di istruzioni pre-arrivo (IPA) per sostenere e preservare le condizioni dell'utente in situazioni critiche, in attesa dell'arrivo dei soccorritori sul target.

Il primo step per ogni chiamata che giunge alla C.O. è la conoscenza del numero telefonico del chiamante. È un passaggio fondamentale in quanto costituisce l'unico contatto con l'utente sul target, in attesa dell'arrivo dei soccorsi. L'operatore potrà così ricontattare il chiamante nel caso la comunicazione si interrompa o per fornire istruzioni pre-arrivo.

Le linee telefoniche digitali consentono ai dispositivi informatizzati in uso presso le CC.OO. di rilevare automaticamente il numero di telefono del chiamante, ma è comunque buona prassi chiedere se il numero visualizzato corrisponde al contatto telefonico presente sul luogo dell'evento.

### IDENTIFICAZIONE DEL TARGET

Dopo l'identificazione del numero telefonico è necessaria la precoce identificazione del target, cioè il luogo dove inviare i mezzi di soccorso. Il target deve essere localizzato con la maggior accuratezza possibile.

Sono riconosciuti principalmente cinque tipi di target:

**1. ABITAZIONE PRIVATA.** È il tipo di target più comune. Le indicazioni necessarie per identificare un'abitazione privata sono:

- Comune
- Località

- Via/Piazza/Vicolo/Selciato
- Numero civico
- Eventuale interno dello stabile, eventuale numero di scala e piano
- Cognome sul campanello
- Punti di riferimento utili per poter raggiungere velocemente l'abitazione
- Eventuali problematiche per raggiungere il luogo (es. interruzione momentanea della strada di accesso)

**2. LUOGO PUBBLICO.** Nel caso in cui l'evento si verifichi in un luogo pubblico, eventualmente esteso o affollato, è necessario rilevare, oltre a Comune, Località, Via e numero civico:

- Tipologia e denominazione del luogo pubblico
- Punto di ingresso più vicino alla persona da soccorrere
- Piano dell'edificio
- Punti di riferimento inequivocabili per la localizzazione della vittima ed eventuale predisposizione di accompagnamento per le squadre di soccorso.

**3. STRADA.** Il soccorso su target stradali può essere diviso in due categorie: il soccorso in strade urbane e il soccorso in strade extraurbane/di grande comunicazione/autostrade

- **SOCCORSO SU STRADE URBANE.** Nella rete capillare di un centro abitato, per localizzare il target è necessario rilevare:
  - Comune
  - Località
  - Via
  - Numero civico più vicino
  - Eventuale incrocio con altre vie o presenza di punti di riferimento (es. negozi, locali pubblici, ecc)
- **SOCCORSO SU STRADE EXTRAURBANE, STRADE DI GRANDE COMUNICAZIONE/AUTOSTRADE.** Gli utenti che richiedono il soccorso da questo tipo di target spesso non sanno riferire il punto preciso in cui si trovano. Per localizzare il target è necessario rilevare punti di riferimento anche grossolani. Per i target su strade extraurbane (strade statali, regionali, provinciali) è necessario identificare:
  - Comune/Località
  - Nome o numero della strada (es. SS 309; SR 516; SP 16).
  - Punti utili alla localizzazione come l'ultimo centro abitato superato, direzione di marcia, centri abitati nelle vicinanze, zone industriali, fiumi, laghi, ecc.

Per quanto riguarda invece le tratte autostradali e le strade di grande comunicazione è necessario rilevare:

- Comune/Località
- Carreggiata e relativa direzione di marcia
- Tratta precisa (es. ultimo casello autostradale o entrata della tangenziale)
- Punti precisi nei pressi del target (numerazione progressiva chilometrica ed ettometrica, numerazione di cavalcavia/ponti/gallerie, distanza dall'uscita o svincolo successivi, aree di servizio/sosta, colonnine di soccorso con relativa numerazione) Possibilità di raggiungere il target con mezzi di soccorso terrestre, nel caso di incidenti stradali con molti mezzi coinvolti.

- 4. LUOGO IMPERVIO.** Il target si trova in luoghi come boschi, sentieri collinari e di montagna, zone di campagna, ecc. La localizzazione in questi casi è spesso difficile, quindi si devono acquisire più informazioni possibili. È necessario perciò
- Identificare comune/località
  - Rilevare il numero o il percorso del sentiero
  - Rilevare il punto di partenza e la destinazione prevista
  - Rilevare il più vicino accesso al target (es. parcheggio, strada più vicina)
  - Rilevare eventuali punti significativi.
- 5. LUOGO SCONOSCIUTO LOCALIZZATO DA COORDINATE GPS** Con il diffondersi di apparecchi tecnologici con dispositivi di localizzazione satellitare, è possibile individuare in modo abbastanza preciso il target del soccorso attraverso l'utilizzo di appositi software che rilevano le coordinate GPS.

## INQUADRAMENTO GENERALE DEL PROBLEMA SANITARIO

L'operatore di C.O.118 deve determinare se la chiamata ricevuta sia pertinente al sistema di soccorso e quale sia il problema sanitario a cui essa è dovuta.

### 1. IL CHIAMANTE

In base alla posizione che rivestono nei confronti della persona che necessita di soccorso, è possibile classificare tre tipi di chiamante:

- a. **Prima persona:** Il chiamante è la persona che necessita di soccorso. Egli è quindi in grado di fornire informazioni dirette sul problema sanitario per il quale chiede aiuto;
- b. **Seconda persona:** Si trova sulla scena o nelle dirette vicinanze quindi è in grado di riferire ciò che sta vedendo, e potrà eventualmente porre quesiti alla persona che sta male;
- c. **Terza persona:** Non si trova sulla scena e spesso nemmeno nelle vicinanze dell'evento, ma richiede comunque soccorso. In questo caso è solitamente più difficile individuare specificamente il problema sanitario oggetto della richiesta.

In base allo stato emotivo del chiamante, l'operatore stabilirà la metodologia relazionale adeguata per ottenere le informazioni necessarie ad identificare il target dell'evento, il problema sanitario e la criticità presunta.

### 2. GIUDIZIO DI SINTESI E CODICI DI CLASSIFICAZIONE

Il cosiddetto Giudizio di Sintesi previsto dal DM del 15 maggio 1992 "*Criteri e requisiti per la classificazione degli interventi d'emergenza*" si compone di tre parti:

- a. Luogo evento
- b. Classe patologia prevalente
- c. Criticità presunta

**Luogo evento:** Il luogo dell'evento è codificato con un carattere alfabetico. Per la Regione Veneto è valida la seguente codifica:

- S: strada
- P: uffici ed esercizi pubblici
- Y: impianti sportivi
- K: casa (es. abitazioni private)
- L: impianti lavorativi
- Q: scuole
- C: campagna
- M: montagna
- A: mare, spiaggia, fiumi, laghi
- R: istituti di ricovero (ospedali, case di cura, case di riposo)
- Z: altri luoghi (ambienti diversi da quelli precedentemente definiti)

**Classe patologia prevalente:** Il codice è costituito da due caratteri, uno alfabetico e uno numerico. Identifica la patologia presunta dedotta dall'intervista telefonica.

- C01: Traumatica
- C02: Cardiocircolatoria
- C03: Respiratoria
- C04: Neurologica
- C05: Psichiatrica
- C06: Neoplastica
- C07: Intossicazione
- C08: Metabolica
- C09: Gastroenterologica
- C10: Urologica
- C11: Oculistica
- C12: Otorinolaringoiatrica
- C13: Dermatologica
- C14: Ostetrico-ginecologica:
- C15: Infettiva:
- C19: Altra patologia (patologia che non rientra nelle precedenti)
- C20: Non identificata (patologia non deducibile dopo l'intervista)

**Criticità presunta:** Per completare il giudizio di sintesi, dopo l'intervista telefonica l'operatore assegna all'intervento un codice colore che indica la gravità presunta dell'evento e della sua potenziale evoluzione. Questo codice rappresenta la priorità di intervento e non la risposta operativa, che la C.O. invierà a seconda delle risorse disponibili.

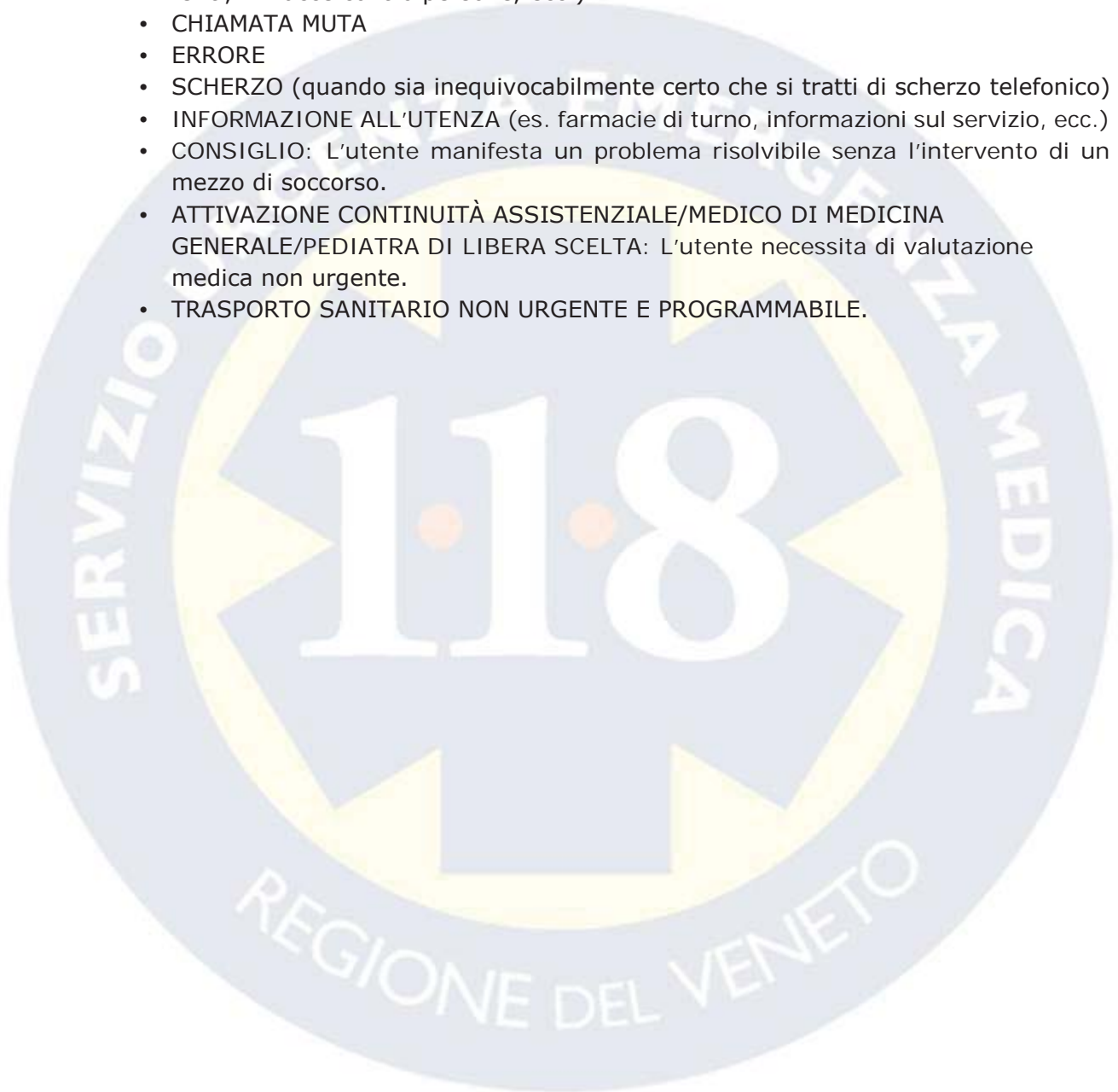
L'operatore assegna la priorità all'evento dopo aver eseguito l'intervista telefonica con un percorso standardizzato che gli permette di effettuare una raccolta dati adeguata. In qualunque momento della chiamata l'operatore può interrompere l'intervista ed assegnare il codice ritenendo di avere già raccolto sufficienti indicatori, soprattutto per i codici di elevata gravità in cui sia necessario l'invio tempestivo del mezzo di soccorso. Per contro, l'operatore può rimanere al telefono con il chiamante per fornire istruzioni atte a salvaguardare la vita della vittima in attesa dell'arrivo dei soccorsi (IPA). In tal caso, un secondo operatore provvederà all'invio del mezzo più idoneo sul target.

### 3. NON ATTRIBUZIONE DEL GIUDIZIO DI SINTESI

Alle CC.OO.118 possono pervenire chiamate che, pur rimanendo nella sfera sanitaria, non hanno carattere di urgenza/emergenza e non prevedono l'invio di mezzi di soccorso sul target. L'operatore deve classificarle per mantenerne la tracciabilità, senza associarvi un giudizio di sintesi.

Le più comuni sono:

- DEVIATA AD ALTRO ENTE NON SANITARIO (es. incendi senza feriti, rapine senza feriti, minacce contro persone, ecc.)
- CHIAMATA MUTA
- ERRORE
- SCHERZO (quando sia inequivocabilmente certo che si tratti di scherzo telefonico)
- INFORMAZIONE ALL'UTENZA (es. farmacie di turno, informazioni sul servizio, ecc.)
- CONSIGLIO: L'utente manifesta un problema risolvibile senza l'intervento di un mezzo di soccorso.
- ATTIVAZIONE CONTINUITÀ ASSISTENZIALE/MEDICO DI MEDICINA GENERALE/PEDIATRA DI LIBERA SCELTA: L'utente necessita di valutazione medica non urgente.
- TRASPORTO SANITARIO NON URGENTE E PROGRAMMABILE.







*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## STRUTTURA DEL DiRE

Il documento è organizzato in una **scheda di entrata** che contiene le domande con cui deve essere iniziata l'intervista telefonica in una chiamata di soccorso e da trentadue **schede di problema**, ciascuna delle quali è relativa al problema principale manifestato dall'utente. Le schede di problema sono organizzate in due sotto-schede: la **scheda informativa** e la **scheda operativa**.

### SCHEDA DI ENTRATA

La scheda di ingresso è la prima ad essere impiegata nella ricezione di **tutte** le chiamate di soccorso. Contiene i quesiti chiave per l'identificazione del target e del problema principale per cui si richiede l'intervento.

### SCHEDA INFORMATIVA

La scheda di informazione riassume tutte le conoscenze relative al problema che l'operatore deve possedere per gestire correttamente la chiamata. Ciascuna scheda è suddivisa in sezioni:

- **Problema principale**
- **Elementi da considerare:** gli elementi utili a determinare il livello di urgenza della richiesta;
- **Razionale delle domande:** i motivi per i quali è necessario indagare gli elementi elencati nella sezione precedente;
- **Patologie frequenti per richieste di soccorso:** le patologie più frequentemente correlate al problema manifestato dall'utente;
- **Consigli pre-arrivo:** le istruzioni che devono essere fornite all'utente su come agire in attesa dell'arrivo dell'ambulanza. La scheda contiene *Istruzioni sanitarie generiche e tecnico-logistiche*, che sono standardizzate e ripetute su tutte le schede (indipendentemente dalle tipologie di scenario o di patologia), e *Istruzioni sanitarie specifiche* per il problema.

### SCHEDA OPERATIVA

La scheda è suddivisa in tre sezioni:

- **Problema principale e parole chiave:** le frasi o le parole pronunciate dall'utente chiamante che identificano il problema;
- **Domande:** le domande che possono essere poste all'utente, presentate con una formulazione tale da poter essere facilmente comprese. *Ad esempio, l'operatore chiederà se il paziente "è agitato" per rilevare la presenza di "agitazione psicomotoria"*. In questa sezione della scheda operativa è suggerito il passaggio ad un'altra scheda di problema

quando le risposte del chiamante alle domande poste dall'operatore configurano un problema più specifico di quello ipotizzato dalle parole chiave;

- **Classificazione:** la definizione del codice di priorità da assegnare alla chiamata sulla base delle informazioni raccolte durante l'intervista telefonica.

## CLASSIFICAZIONE DELLA PRIORITÀ

Le chiamate sono classificate in quattro livelli di priorità corrispondenti ai codici colore dal rosso al bianco, e due relativi rispettivamente al rinvio al medico di medicina generale o di continuità assistenziale e al consiglio telefonico.

- **Codice Rosso:** Compromissione in atto delle funzioni vitali o patologia rapidamente evolutiva; comporta l'invio immediato del massimo livello assistenziale disponibile.
- **Codice Giallo:** Patologia potenzialmente evolutiva a breve o condizioni di elevato rischio/disagio per l'utente; comporta l'invio immediato di un livello assistenziale adeguato alle necessità dell'utente.
- **Codice Verde:** Assenza di rischio di evolutività a breve e di necessità di immediato soccorso; richiede comunque un accesso al Pronto Soccorso in tempi brevi.
- **Codice Bianco:** Non richiede un accesso in tempi brevi al Pronto Soccorso; il trasporto può essere programmato nelle ore successive, sulla base della disponibilità dei mezzi e/o dei servizi ospedalieri di riferimento.
- **Rinvio al MMG/CA:** Non richiede un accesso immediato al Pronto Soccorso; è opportuna una valutazione in tempi brevi da parte del Medico di Medicina Generale o di Continuità Assistenziale.
- **Consiglio:** L'utente può gestire autonomamente il problema, eventualmente rivolgendosi in un momento successivo al Pronto Soccorso, al proprio medico curante, al servizio di Continuità Assistenziale o richiamando il 118 qualora il problema persistesse o evolvesse.

Nelle condizioni seguenti può essere considerata una riduzione della priorità risultante dai criteri di dispatch:

- pazienti affetti da neoplasia o da altra malattia cronica ad esito infausto, se in fase terminale,
- pazienti per i quali è stata formalizzata l'indicazione alla limitazione delle cure,
- grandi anziani (*oldest old*) in condizioni di allettamento cronico con perdita di autonomia e capacità relazionali.

In tali casi la priorità di intervento è determinata dal grado di urgenza richiesto dalle prestazioni appropriate per lo specifico quadro clinico e/o dalla situazione ambientale.

## CLASSIFICAZIONE DELLE SCHEDE DI PROBLEMA

Le schede di problema sono state suddivise in tre categorie di problemi:

- **SCHEDE DI PROBLEMA MEDICO** (prefisso **M**)
- **SCHEDE DI PROBLEMA TRAUMATICO** (prefisso **T**)
- **SCHEDE PER ALTRO TIPO DI PROBLEMA** (prefisso **A**) per le casistiche non classificabili tra le precedenti.

## STRUTTURA DELLA SCHEDA OPERATIVA

Le schede operative contengono il percorso sequenziale logico dei quesiti da porre all'utenza per poter avere un approccio coordinato alla chiamata. Le sezioni che compongono la struttura delle schede sono identificate da una lettera.

<b>A</b>	Quesiti riguardanti lo stato di coscienza
<b>B</b>	Quesiti riguardanti l'attività respiratoria
<b>C</b>	Quesiti riguardanti l'attività cardiocircolatoria
<b>N</b>	Quesiti riguardanti lo stato neurologico
<b>APP</b>	Quesiti per raccogliere notizie sulla sintomatologia in atto
<b>APR</b>	Quesiti per raccogliere notizie di Anamnesi Patologica Remota
<b>D/S</b>	Quesiti riguardanti la Dinamica/Situazione in cui si è svolto l'evento. Questa sezione è presente in tutte le schede di problema traumatico ( <b>T</b> ), altro tipo di problema ( <b>A</b> ) e qualora servano notizie relative alle modalità in cui si è verificato il problema principale per cui l'utente chiede soccorso.
<b>T</b>	Quesiti riguardanti il soccorso Tecnico. Questa sezione è presente in tutte le schede di problema traumatico ( <b>T</b> ), altro tipo di problema ( <b>A</b> ) e qualora servano notizie relative alle condizioni della scena, per la messa in sicurezza di fonti di pericolo o per il supporto tecnico-logistico al soccorso sanitario.

Le varie sezioni sono inserite nelle schede di problema a seconda delle necessità dettate dal problema specifico. In alcune schede le sezioni possono essere presenti nella struttura ma non contenere quesiti in quanto non necessari ai fini della raccolta di informazioni.

Il percorso sequenziale logico dà un'indicazione di massima per lo svolgimento dell'intervista telefonica, non pretende di essere una sequenza precisa ed immodificabile per poter arrivare ad un giudizio di sintesi ed assegnare un codice colore. La sequenza e la modalità di somministrazione dell'intervista possono essere adeguate a vari fattori, tra cui la comprensione e la *compliance* del chiamante in primis.

## SCHEDA IPA: ISTRUZIONI PRE-ARRIVO

Le Istruzioni Pre-Arrivo (IPA) sono un passaggio importante che permette di ridurre il *free therapy interval* ed iniziare precocemente il soccorso di base.

Una volta effettuata l'intervista telefonica ed aver inviato la risposta sanitaria più adeguata, l'operatore di C.O.118 deve identificare la presenza di condizioni che richiedono Istruzioni pre-arrivo dell'ambulanza. È perciò fondamentale inquadrare accuratamente il problema principale della richiesta di soccorso.

A seconda delle esigenze dell'operatività e della *compliance* del chiamante, le IPA possono essere fornite principalmente in due modalità:

- Durante la telefonata di soccorso, mentre un secondo operatore invia i mezzi di soccorso sul target
- Terminando la chiamata, inviando i mezzi poi ricontattando l'utente

L'operatore, quindi, diventa una sorta di istruttore che insegna al *caller* una procedura da eseguire sulla vittima pur non avendo prove visive di quanto stia accadendo sul target. Le IPA sono state organizzate in **schede specifiche** redatte in base alle Linee Guida internazionali.

Le schede IPA del DiRE contengono istruzioni in un linguaggio semplice e comprensibile per il *caller* che vengono impartite dal *dispatcher* per far attuare manovre salvavita agli astanti, anche se non specificamente addestrati. L'operatore che fornisce le IPA deve tener conto di vari fattori come il livello di collaborazione e lo stato emotivo del chiamante, la situazione e le condizioni presunte della scena.

## METODOLOGIA COMUNICATIVA

### INTRODUZIONE

Può essere utile ricordare che la credibilità in comunicazione viene data al 38% dalla voce, al 55% dell'aspetto non verbale, e al 7% dal contenuto di quello che si dice. Quindi nella comunicazione telefonica, venendo meno l'aspetto non verbale, la credibilità deriva prevalentemente dalla voce che diventa lo strumento di lavoro principale per l'operatore di C.O.118 nella seppur breve relazione che instaura con il *caller*. La comunicazione verbale e paraverbale riveste perciò un ruolo determinante nel gestire adeguatamente le operazioni di soccorso e può incidere direttamente sull'*outcome* dell'utente critico. Gli operatori di C.O.118 dovrebbero riuscire ad adattarsi alle esigenze del chiamante, riformulando i messaggi non immediatamente compresi, presentandosi gentili ed empatici, in grado di calarsi nelle varie situazioni.

Nelle CC.OO.118 italiane il *dispatcher* non si configura come soggetto che riceve chiamate ed invia mezzi di soccorso, ma come personale esperto che, con l'utilizzo mirato ed appropriato di specifiche tecniche comunicative, gestisce le richieste di utenti con stati emotivi normali od alterati, fornendo appropriate risposte operative. Parlare in modo chiaro e distinto con un tono vocale appropriato, un ritmo ragionevole e una terminologia semplice e ben scandita è fondamentale per farsi comprendere. È opportuno, quindi, evitare il gergo, lo *slang*, i termini medici o tecnici, a meno che non siano certamente comprensibili all'interlocutore. Il *dispatcher* deve far capire all'utente che la sua collaborazione è fondamentale e quindi deve motivarlo facendogli capire che rispondendo alle domande aiuterà il paziente. L'operatore che non si esprime in modo adeguato rischia di sprecare tempo prezioso, ripetendo frasi già pronunciate ed allungando inutilmente la permanenza dell'utente al telefono. Durante la chiamata l'operatore deve riuscire a rimanere concentrato sull'intervista pur compiendo più azioni simultanee (parlare con l'utente, localizzare il target, digitare sulla tastiera, rispondere alla radio, ecc).

Il personale in servizio presso le CC.OO.118 ha un rapporto fondamentale con l'utenza e deve perciò saper sfatare alcuni pregiudizi nei confronti di essa che possono portare a pericolosi errori di valutazione. È dimostrato che, utilizzando idonee metodologie comunicative, la maggior parte dei *caller* è collaborante ed in grado di fornire dati utili per effettuare il soccorso.

### PRECONCETTI DA SFATARE

Non si deve mai dare per scontato che il chiamante non conosca le informazioni che gli vengono richieste. Questo preconcetto può portare a non effettuare alcuni quesiti molto importanti. L'utente che chiama il 118 normalmente è in possesso di tutte le informazioni necessarie, solo che spesso non riesce ad organizzarle in maniera adeguata. L'operatore di C.O. deve perciò effettuare l'intervista con domande chiuse e mirate che consentano di organizzare le informazioni, giungere ad un idoneo giudizio di sintesi in tempi il più brevi possibili ed allocare adeguatamente i mezzi e le risorse umane.

È importante, inoltre, eliminare il preconcetto secondo cui inviare il massimo grado di risposta con lampeggianti e sirene equivalga a dare una risposta appropriata a qualsiasi evento. Questo approccio porta in realtà ad una sovrastima (*overdispatch* o *overtriage*) dell'evento con conseguente utilizzo improprio dei mezzi di soccorso, un aumentato rischio di incidenti stradali

e uno spreco di risorse strutturali ed economiche. Una quota di *overtriage* è da considerarsi comunque fisiologica.

## STATO EMOTIVO DELL'UTENTE

Gli stati emotivi degli utenti che contattano le CC.OO.118 si possono descrivere utilizzando l'Emotional Content and Cooperation Score (ECCS). Esso individua cinque livelli che descrivono il grado di agitazione dell'utente che contatta il sistema d'emergenza:

- L'utente rimane calmo e conversa normalmente con il personale
- L'utente è ansioso ma collabora con il personale
- L'utente è agitato ma collabora con il personale
- L'utente non collabora, non ascolta ed urla per parlare con il personale
- L'utente è isterico e non è controllabile in alcun modo

La conoscenza dell'ECCS risulta determinante per identificare una adeguata metodologia comunicativa che porti a diminuire eventuali livelli di stress elevati e portarli a livelli idonei per una corretta comunicazione. Deve essere ben chiaro, però, che il modo con il quale il *caller* richiede il soccorso non corrisponde necessariamente alla gravità della situazione: la percezione del chiamante nei confronti della situazione può essere influenzata da numerosi fattori che lo portano ad avere una distorsione dello stato clinico reale del paziente.

## SITUAZIONI PARTICOLARI

Alcune situazioni si inquadrano come particolari sfide perché l'unico modo per raggiungere ed agganciare la persona dall'altra parte del telefono è la voce. Sforzi speciali di comunicazione sono richiesti quando i chiamanti sono anziani, bambini, stranieri che non parlano bene la lingua, persone con difficoltà di linguaggio o di udito.

### • Quando i chiamanti sono bambini

Sentire al telefono un bambino che chiede aiuto può causare ansia ed angoscia anche all'operatore più esperto.

Alcuni bambini manifestano una sospetta calma mentre chiamano i soccorsi. Forse non valutano pienamente la gravità di una seria emergenza medica, o forse non hanno ancora imparato a essere ansiosi. Una vera emergenza può essere in atto nonostante il bambino si dimostri calmo durante il colloquio al telefono. Nel caso in cui il chiamante non sia in grado di rispondere in modo attendibile a tutte le domande dell'operatore, può essere giustificabile inviare un livello di risposta più elevato.

Nel caso in cui il *caller* sia un bambino è consigliabile:

- chiedere di parlare con un adulto se è presente
- mettersi al livello del bambino, conducendo una conversazione semplice

### • Quando i chiamanti sono anziani

Utenti anziani che chiamano il 118 necessitano spesso di un approccio adeguato alla loro condizione, tenendo conto del rallentamento delle loro funzioni sensoriali ed intellettive.

Quando il *caller* è un anziano, è consigliabile:

- fare una domanda alla volta
- ridurre la velocità dell'eloquio
- pronunciare frasi corte e dirette
- esprimersi chiaramente, senza esagerazioni
- essere pazienti e non diventare esigenti o ansiosi di ottenere le risposte
- rassicurare l'utente durante l'attesa per le risposte

In caso di ipoacusia, non gridare per evitare di distorcere le parole che dovrebbero arrivare all'utente.

- **Quando i chiamanti sono stranieri**

Spesso la barriera del linguaggio può impedire di effettuare l'intervista telefonica, quindi gestire al meglio la chiamata di soccorso. Può essere utile chiedere al chiamante se c'è qualcuno nei pressi che sia in grado di parlare la lingua dell'operatore. Oppure può essere utile passare la chiamata ad un altro operatore in C.O. in grado di esprimersi nella lingua del chiamante.

In alcune realtà è disponibile un servizio telefonico di traduzione simultanea, ma può accadere che i tempi di attivazione siano incompatibili con uno scenario di urgenza/emergenza.

#### **RACCOMANDAZIONI FONDAMENTALI**

- Fare domande semplici e chiaramente comprensibili;
- Fare sempre domande chiuse, quindi non equivocabili;
- Fare sempre una domanda per volta;
- Non suggerire le risposte;
- Non dare per scontate informazioni;
- Non lasciarsi irritare e non alzare la voce;
- Non sottovalutare quanto riferito dall'utente e considerarlo attendibile;
- Non minimizzare la presunta scena in caso di barriera linguistica o quando l'utente stesso minimizza;
- Non immaginare situazioni, limitarsi alle notizie ricevute.





*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*





*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

**SCHEDA ENTRATA**

118 (PROVINCIA), SONO (NOME BATTESIMO)

IN QUALE LOCALITA' SI TROVA L'URGENZA?

LEI SI TROVA SUL POSTO? (SE NON È OVVIO)

QUAL'È IL NUMERO DOVE POSSO RICONTATTARLA? (SE NON È OVVIO)

PER QUALE PROBLEMA STA CHIAMANDO?

QUANTE PERSONE SONO FERITE? (SE NON È OVVIO)



## **APERTURA PORTE**

### **UTILIZZO SCHEDA**

Questa scheda deve essere utilizzata quando viene richiesto un soccorso per un soggetto chiuso, o che si sospetta sia chiuso, all'interno di un edificio, solitamente una abitazione, difficilmente accessibile ai soccorritori.

Nella chiamata le parole solitamente usate sono: "Non lo vedo o sento da giorni", "Sento un cattivo odore provenire dall'abitazione", "Ho sentito un tonfo mentre eravamo al telefono e adesso non risponde più" oppure "Batte e grida aiuto".

### **CRITERI GENERALI**

La quasi totalità delle richieste giunge da una terza persona (familiare, vicino di casa, telesoccorso, forze dell'ordine o Vigili del fuoco); più raramente è il paziente stesso che richiede il soccorso e poi non è in grado di completare la telefonata o di far accedere i soccorsi all'abitazione.

Nella maggior parte dei casi il livello di criticità deve essere stabilito sulla base di elementi di presunzione in quanto chi chiama spesso non è in grado di fornire informazioni certe sull'evento.

Tuttavia è necessario ottenere più informazioni possibili, in quanto gli interventi di soccorso generati da queste richieste sono spesso complessi e delicati da portare a termine e possono anche comportare inutili danni alla proprietà gli interessati.

L'attivazione dei Vigili del fuoco è necessaria quando non è possibile reperire le chiavi dell'abitazione o comunque accedere facilmente alla stessa.

L'attivazione delle forze dell'ordine è necessaria quando si evidenziano situazioni potenzialmente pericolose per i soccorritori e nel caso sia necessario accedere ad un'area privata senza il consenso degli aventi diritto.

Queste chiamate sono molto spesso falsi allarmi, poiché la persona non si trova all'interno dell'abitazione.

È altrettanto comune trovare persone decedute da tempo per cause naturali o traumatiche.

Non è tuttavia infrequente che la chiamata riguardi persone, molto spesso anziani, che necessitano di soccorso perché colte da malore o cadute e non in grado di rialzarsi.

**APERTURA PORTE**

**A**

**PAROLE CHIAVE**

**Cattivo odore proveniente dall'abitazione – Chiama aiuto – Ha avuto un malore mentre eravamo al telefono – Ha manifestato intenzioni suicide - Non apre la porta – Non lo vedo/sento da molti giorni – Non risponde al telefono – Per me è morto o sta molto male**

<b>D/S</b>	<p>Da quanto tempo non viene visto/sentito?          Si sentono rumori nell'abitazione?          Ha manifestato intenzioni di suicidarsi?          A che piano si trova l'abitazione? Riesce a vedere all'interno?          Se era al telefono, ha detto qualcosa di particolare prima che cadesse la linea?          Sente odori particolari provenienti dall'abitazione? C'è odore di gas?</p>
<b>A</b>	Se lo chiamate risponde? Cosa dice?
<b>B</b>	
<b>C</b>	
<b>N</b>	
<b>APP</b>	<b>Quanti anni ha?</b>
<b>APR</b>	<b>Ha qualche malattia nota?</b> <b>Ha avuto traumi recenti?</b> <b>Assume farmaci o sostanze?</b>
<b>T</b>	

<b>ASSEGNAZIONE CODICE COLORE</b>	
<b>ROSSO</b>	Non risponde, non apre, è sicuramente/probabilmente all'interno Malore mentre era al telefono, non risponde più Rumori di tonfo, colpi di arma da fuoco, urla Minaccia concreta di autolesioni, non risponde, è sicuramente all'interno Altre evidenze di malore improvviso, non risponde
<b>GIALLO</b>	Grida, chiede aiuto, batte
<b>VERDE</b>	Non può alzarsi, parla normalmente
<b>BIANCO</b>	Assente/non visto da giorni, senza altre informazioni (attendere verifica da parte Forze dell'Ordine / Vigili del Fuoco)
<b>MMG-CA</b>	<i>In questo problema non si ritiene opportuno deviare a MMG-CA</i>
<b>CONSIGLIO</b>	<i>In questo problema non si ritiene opportuno fornire consigli</i>



<b>APERTURA PORTE</b>		
<b>ELEMENTI DA CONSIDERARE</b>	<b>RAZIONALE DELLE DOMANDE</b>	<b>PATOLOGIE PRINCIPALI PER RICHIESTE DI SOCCORSO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinamica e situazione</li>   <li>• Stato di coscienza</li> </ul>	<p>Accertare che l'utente si trovi effettivamente nell'abitazione</p> <p>Indagare compromissione delle funzioni vitali (A, B, C)</p>	<p>Decesso</p> <p>Malore/infortunio</p> <p>Suicidio/Autolesioni</p> <p>Atti di violenza</p> <p>Intossicazione</p>

<b>CONSIGLI PRE ARRIVO</b>	
<b>ISTRUZIONI SANITARIE GENERICHE</b>	<b>ISTRUZIONI TECNICO-LOGISTICHE</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>RICHIAMARE IN CASO DI VARIAZIONE DELLE CONDIZIONI</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• TENERE LIBERO IL TELEFONO FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li><li>• MANDARE QUALCUNO AD ASPETTARE L'AMBULANZA</li><li>• AGEVOLARE L'ACCESSO ALLA SCENA</li><li>• ALLONTANARE EVENTUALI ANIMALI DOMESTICI</li><li>• MANTENERE LA CALMA</li><li>• SE POSSIBILE, RECUPERARE LE CHIAVI DELL'ABITAZIONE</li></ul>
<b>ISTRUZIONI SPECIFICHE</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• ALLONTANARSI DALLA SCENA SE PRESENTI PERICOLI E FAR ALLONTANARE GLI ASTANTI</li><li>• SE NON È PERICOLOSO, CHIEDERE AL CHIAMANTE DI RIMANERE SULLA SCENA AL FINE DI RIFERIRE EVENTUALI VARIAZIONI</li><li>• AGEVOLARE L'ARRIVO DEI MEZZI DI SOCCORSO NON INTRALCIANDO E SEGNALANDO IL LUOGO</li><li>• NON SUONARE IL CAMPANELLO O AZIONARE INTERRUTTORI ELETTRICI</li></ul>	



*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## **PROBLEMI SCONOSCIUTI**

### **UTILIZZO SCHEDA**

Questa scheda deve essere utilizzata quando il chiamante segnala un evento o un malore del quale non sa riferire alcuna informazione utile alla definizione del livello di soccorso necessario.

Le parole usate nella chiamata possono essere quindi: "C'è una persona a terra che sta male ma io la vedo da lontano", "Mi hanno detto di chiamare l'ambulanza", "Non so cosa sia successo".

### **CRITERI GENERALI**

Solitamente il chiamante segnala un malore occorso a una persona che al momento non vede oppure sta chiamando l'ambulanza per conto di terzi, senza notizie disponibili sull'accaduto.

Con questa scheda non è possibile raccogliere dati clinici relativi alla persona che necessita di soccorso. Se il chiamante è in grado di fornire anche solo poche informazioni utili, ancorché riferite da terzi, il dispatcher deve spostarsi sulla scheda specifica più opportuna.

L'unica informazione clinica fornita dal chiamante accettata in questa scheda consiste nella segnalazione di persona a terra, distante e/o non raggiungibile, che non si muove e/o sembra non respirare.

**PROBLEMI SCONOSCIUTI**

**PAROLE CHIAVE**

**C'è una persona a terra che sta male ma io la vedo da lontano - Mi hanno detto di chiamare l'ambulanza – Non so cosa sia successo**

<b>D/S</b>	Dove si trova la persona? È in piedi oppure a terra? Si sta muovendo? Può raggiungerlo in sicurezza?
<b>A</b>	Sa dirmi se è cosciente? Parla? Se lo chiamate da lontano ad alta voce risponde? Si lamenta?
<b>B</b>	Sa dirmi se respira? Come respira?
<b>C</b>	
<b>N</b>	
<b>APP</b>	Sembra giovane o anziano? Maschio o femmina? Potrebbe avere avuto traumi?
<b>APR</b>	
<b>T</b>	

<b>ASSEGNAZIONE CODICE COLORE</b>	
<b>ROSSO</b>	Compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> Persona a terra che non si muove
<b>GIALLO</b>	Assenza completa di ogni informazione nei riguardi del paziente e dell'accaduto, terza persona che chiama Persona sdraiata o seduta che si muove e/o parla
<b>VERDE</b>	<i>In questo problema non si ritiene opportuno assegnare questo codice colore</i>
<b>BIANCO</b>	<i>In questo problema non si ritiene opportuno assegnare questo codice colore</i>
<b>MMG-CA</b>	<i>In questo problema non si ritiene opportuno deviare a MMG-CA</i>
<b>CONSIGLIO</b>	<i>In questo problema non si ritiene opportuno fornire consigli</i>

<b>PROBLEMI SCONOSCIUTI</b>		
<b>ELEMENTI DA CONSIDERARE</b>	<b>RAZIONALE DELLE DOMANDE</b>	<b>PATOLOGIE PRINCIPALI PER RICHIESTE DI SOCCORSO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinamica e situazione</li> <li>• Stato di coscienza</li> <li>• Respirazione</li> </ul>	<p>Identificare il motivo della richiesta di soccorso. Indagare in modo generico la necessità di attivare soccorso tecnico/Forze dell'Ordine</p> <p>Indagare compromissione delle funzioni vitali (A, B)</p>	<p>Richieste di soccorso generiche e incomplete che non permettono il riconoscimento del problema principale</p>

CONSIGLI PRE ARRIVO	
ISTRUZIONI SANITARIE GENERICHE	ISTRUZIONI TECNICO-LOGISTICHE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RICHIAMARE IN CASO DI VARIAZIONE DELLE CONDIZIONI</b></li> <li>• LASCIARE IL PAZIENTE NELLA POSIZIONE CHE PREFERISCE</li> <li>• NON SOMMINISTRARE LIQUIDI, ALIMENTI O FARMACI</li> <li>• COPRIRE/RIPARARE IL PAZIENTE</li> <li>• NON SPOSTARE PAZIENTE SE NON IN CONDIZIONI DI PERICOLO</li> <li>• ALLENTARE INDUMENTI CHE COSTRINGONO IL PAZIENTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TENERE LIBERO IL TELEFONO FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> <li>• MANDARE QUALCUNO AD ASPETTARE L'AMBULANZA</li> <li>• ACCENDERE LE LUCI ESTERNE (SE BUIO)</li> <li>• APRIRE LA PORTA/AGEVOLARE L'ACCESSO ALLA SCENA</li> <li>• ALLONTANARE EVENTUALI ANIMALI DOMESTICI</li> <li>• RACCOGLIERE I FARMACI DEL PAZIENTE</li> <li>• RACCOGLIERE DOCUMENTAZIONE SANITARIA RECENTE</li> <li>• MANTENERE LA CALMA</li> <li>• RIMANERE CON IL PAZIENTE FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> </ul>
ISTRUZIONI SANITARIE SPECIFICHE	





*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## ANAFILASSI/REAZIONE ALLERGICA

### UTILIZZO SCHEDA

Questa scheda deve essere utilizzata quando il soggetto riferisce di essere in presenza di segni e sintomi che riconducono ad uno stato allergico.

Nella chiamata le parole solitamente utilizzate sono: "Allergia a farmaci/alimenti/sostanze", "Puntura d'insetto", "Reazione allergica".

### CRITERI GENERALI

Le chiamate per reazioni allergiche possono riguardare crisi allergiche lievi, ma anche situazioni più critiche che possono rappresentare una grave emergenza, come lo shock anafilattico. Generalmente, più veloce è l'insorgenza di segni e sintomi, più grave è la reazione anafilattica.

In persone allergiche note l'evoluzione della sintomatologia avviene solitamente in modo molto rapido. Queste persone sono molto spesso informate sulla propria patologia e possono essere state istruite in merito ad una eventuale auto-somministrazione di farmaci salvavita.

L'anamnesi positiva per precedenti episodi sintomatici dopo esposizione allo stesso allergene è una indicazione a rimanere in linea con l'utente per monitorare l'evoluzione delle condizioni del paziente ed evidenziare l'eventuale peggioramento ed incoraggiare l'eventuale auto-somministrazione di farmaci.

Reazioni gravi possono avvenire anche in persone che non sanno di essere allergiche a qualche sostanza.

**Indicatori di criticità** sono:

- Difficoltà respiratoria,
- Edema delle prime vie aeree,
- Difficoltà a deglutire,
- Alterazione del timbro della voce,
- Presincope/sincope,
- Segni di shock,
- Reazione esantematica sistemica.

<b>ANAFILASSI/ REAZIONE ALLERGICA</b>	
<b>PAROLE CHIAVE</b>	
<b>Allergia a farmaci/alimenti/ sostanze - Puntura d'insetto – Reazione allergica</b>	
<b>A</b>	<p><b>Risponde se lo chiamate?</b>  <b>Aprire gli occhi se lo chiamate?</b>  <b>Parla?</b></p>
<b>B</b>	<p><b>Respira?</b>  <b>Come respira?</b>  <b>Sente rumori mentre respira (fischi/sibili)? Ha un respiro veloce o affannoso?</b>                      Riesce a parlare normalmente?                      In che posizione respira meglio?                      Ha difficoltà a deglutire?</p>
<b>C</b>	<p><b>È molto sudato? Suda freddo?</b>  <b>È molto pallido? Grigiastro?</b>  <b>È più scuro/violaceo in viso rispetto al solito?</b>  <b>Si sente male quando si mette seduto o in piedi?</b></p>
<b>N</b>	<p>È agitato?</p>
<b>APP</b>	<p><b>Quanti anni ha?</b>  <b>Da quanto tempo è insorto il sintomo? Sta peggiorando?</b>                      Ha preso qualche farmaco o ha mangiato qualcosa?                      È stato punto da qualche insetto?                      Ha inalato qualche sostanza?                      Sono comparse chiazze o bolle sulla pelle? Ha prurito?                      Si è autosomministrato adrenalina?</p>
<b>APR</b>	<p>Ha avuto in passato gravi reazioni allergiche a sostanze?</p>

<b>ASSEGNAZIONE CODICE COLORE</b>	
<b>ROSSO</b>	<p>Compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b>            Gonfiore della gola/lingua e/o difficoltà a deglutire e/o incapace a parlare normalmente            Autosomministrazione di adrenalina</p>
<b>GIALLO</b>	<p>Agitazione            Esantema e/o gonfiore al volto            Punture multiple di imenottero            Assenza di informazioni verificabili da terza persona chiamante</p>
<b>VERDE</b>	<p>Persona allergica nota per reazione grave che ha avuto contatto con l'allergene da oltre 30' senza modificazione A, B, C o N</p>
<b>BIANCO</b>	<p><i>In questo problema non si ritiene opportuno assegnare questo codice colore</i></p>
<b>MMG-CA</b>	<p>Senza compromissione di A, B, C o N e senza anamnesi per reazioni allergiche gravi con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reazione presente da più di 30 minuti</li> <li>• Preoccupazione per la reazione</li> <li>• Prurito o orticaria</li> <li>• Reazione locale o minima reazione ai farmaci</li> </ul>
<b>CONSIGLIO</b>	<p><i>In questo problema non si ritiene opportuno fornire un consiglio telefonico</i></p>

ANAFILASSI/REAZIONE ALLERGICA		
ELEMENTI DA CONSIDERARE	RAZIONALE DELLE DOMANDE	PATOLOGIE PRINCIPALI PER RICHIESTE DI SOCCORSO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stato di coscienza</li> <li>• Respirazione</li> <li>• Segni di circolo</li>   <li>• Stato neurologico</li> <li>• Presenza di fischi e sibili</li> <li>• Posizione preferita</li> <li>• Difficoltà alla deglutizione</li>   <li>• Tempo di insorgenza del sintomo</li> <li>• Modalità di insorgenza del sintomo</li>   <li>• Precedenti di allergia</li> </ul>	<p>Indagare compromissione delle funzioni vitali (A, B, C)</p> <p>L'alterazione dello stato di vigilanza indica una possibile evoluzione verso il collasso nello shock anafilattico. Reazioni che rappresentano una grave minaccia e che sono considerate pericolose per la vita sono quelle che coinvolgono la respirazione e/o segni e sintomi di shock. Considera gonfiore della gola o il laringo/broncospasmo come indicatori di distress respiratorio</p> <p>La velocità in cui i sintomi compaiono dopo l'esposizione all'agente è un indicatore di gravità della reazione allergica</p> <p>L'anamnesi positiva per precedenti episodi sintomatici dopo esposizione allo stesso allergene è una indicazione alla possibile insorgenza di reazione allergica grave: monitorare il peggioramento delle condizioni del paziente e suggerire l'eventuale autosomministrazione di farmaci</p>	<p>Shock anafilattico</p> <p>Reazione allergica con distress respiratorio</p> <p>Reazione allergica generalizzata non complicata</p> <p>Reazione allergica con sola sintomatologia cutanea</p>

CONSIGLI PRE ARRIVO	
ISTRUZIONI SANITARIE GENERICHE	ISTRUZIONI TECNICO-LOGISTICHE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RICHIAMARE IN CASO DI VARIAZIONE DELLE CONDIZIONI</b></li> <li>• LASCIARE IL PAZIENTE NELLA POSIZIONE CHE PREFERISCE</li> <li>• NON SOMMINISTRARE LIQUIDI E ALIMENTI</li> <li>• COPRIRE/RIPARARE IL PAZIENTE</li> <li>• NON SPOSTARE PAZIENTE SE NON IN CONDIZIONI DI PERICOLO</li> <li>• ALLENTARE INDUMENTI CHE COSTRINGONO IL PAZIENTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TENERE LIBERO IL TELEFONO FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> <li>• MANDARE QUALCUNO AD ASPETTARE L'AMBULANZA</li> <li>• ACCENDERE LE LUCI ESTERNE (SE BUIO)</li> <li>• APRIRE LA PORTA/AGEVOLARE L'ACCESSO ALLA SCENA</li> <li>• ALLONTANARE EVENTUALI ANIMALI DOMESTICI</li> <li>• RACCOGLIERE I FARMACI DEL PAZIENTE</li> <li>• RACCOGLIERE DOCUMENTAZIONE SANITARIA RECENTE</li> <li>• RIMANERE CON IL PAZIENTE FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> <li>• MANTENERE LA CALMA</li> </ul>
ISTRUZIONI SANITARIE SPECIFICHE	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• SOLLEVARE GLI ARTI INFERIORI SE SEGNI DI SHOCK</li> <li>• SE DISPONIBILI FARMACI PRESCRITTI DAL MEDICO (INIEZIONI O PER VIA INALATORIA) INVITARE ALL'AUTOSOMMINISTRAZIONE</li> <li>• <b>SE PAZIENTE IN ARRESTO CARDIORESPIRATORIO FORNIRE IPA SPECIFICHE</b></li> </ul>	



*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## ARRESTO CARDIACO

### UTILIZZO SCHEDA

Questa scheda deve essere utilizzata quando il chiamante riferisce di essere in presenza di una persona che non risponde e non respira o che ha una respirazione agonica (gasping).

Le chiamate normalmente esordiscono con: "È morto", "Non dà segni di vita".

### CRITERI GENERALI

Durante la chiamata di soccorso non è importante determinare le cause, bensì identificare il paziente in arresto cardiaco in modo tale da poter fornire tempestivamente le istruzioni pre-arrivo dei mezzi di soccorso. Per questo motivo le prime domande dell'intervista telefonica riguardano lo stato di coscienza e la respirazione.

#### **Fattori confondenti:**

- Presenza di **gasping** (respiro agonico). Nelle prime fasi dell'arresto cardiaco può verificarsi questo tipo di respirazione inefficace. E' una delle informazioni più difficili da rilevare per il dispatcher in quanto il chiamante descrive il gasping come un respiro russante, gorgogliante, gracchiante, ansimante, oppure come un paziente che respira "una volta ogni tanto". In caso di dubbio è opportuno fornire le IPA per iniziare subito la rianimazione cardiopolmonare.
- **Convulsioni** da ipossia. Sono causate dallo scarso apporto di ossigeno al cervello e possono verificarsi nei primi istanti dell'arresto cardiaco.



ARRESTO CARDIACO	
PAROLE CHIAVE	
E' morto - Non dà segni di vita	
<b>A</b>	<p><b>Risponde se lo chiamate?</b>  <b>Aprire gli occhi se lo chiamate?</b>  <b>Parla?</b></p>
<b>B</b>	<p><b>Respira?</b>  <b>Come respira?</b>  <b>Sente rumori mentre respira?</b>                      Descrivimi come respira il paziente (<i>Il respiro agonico può essere descritto come: Boccheggiante, Ansimante, Russante, Sbuffante, Gorgogliante, Mugugnante, Un filo di respiro, Respira una volta ogni tanto, Ha respirato prima ed ora no</i>)                      Dimmi ora ogni volta che respira (<i>Comprendere la frequenza respiratoria</i>)  <b>(Considera scheda PERDITA DI COSCIENZA)</b></p>
<b>C</b>	<p><b>È molto sudato? Suda freddo?</b>  <b>È molto pallido? Grigiastro?</b>  <b>È più scuro/violaceo in viso rispetto al solito?</b></p>
<b>N</b>	
<b>APP</b>	<p><b>Quanti anni ha?</b>  <b>Maschio o femmina?</b>                      Cosa stava facendo?                      È un decesso atteso?                      Avete un DAE a disposizione?</p>
<b>APR</b>	<p><b>Ha qualche malattia nota?</b></p>

<b>ASSEGNAZIONE CODICE COLORE</b>	
<b>ROSSO</b>	Compromissione di <b>A</b> e <b>B</b>
<b>GIALLO</b>	<i>In questo problema non si ritiene opportuno assegnare questo codice colore</i>
<b>VERDE</b>	<i>In questo problema non si ritiene opportuno assegnare questo codice colore</i>
<b>BIANCO</b>	<i>In questo problema non si ritiene opportuno assegnare questo codice colore</i>
<b>MMG-CA</b>	Morte certa attesa in paziente terminale
<b>CONSIGLIO</b>	<i>In questo problema non si ritiene opportuno fornire consigli</i>

<b>ARRESTO CARDIACO</b>		
<b>ELEMENTI DA CONSIDERARE</b>	<b>RAZIONALE DELLE DOMANDE</b>	<b>PATOLOGIE PRINCIPALI PER RICHIESTE DI SOCCORSO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stato di coscienza</li> <li>• Respirazione</li> <li>• Segni di circolo</li>   <li>• Sesso/Età</li>   <li>• Modalità e tempi di insorgenza</li>   <li>• Disponibilità DAE</li> </ul>	<p>Indagare compromissione delle funzioni vitali (A, B, C), in particolare tipo respiro (Gasping)</p> <p>L'arresto cardiaco è più frequente nel sesso maschile soprattutto nelle persone più giovani, poi il rapporto diviene 2: 1 nell'età compresa fra i 65 e i 74 anni</p> <p>Identificare il decesso atteso e quindi non dare istruzioni pre-arrivo</p> <p>Fornire eventuali indicazioni BLSD</p>	<p>Arresto cardiaco</p> <p>Arresto respiratorio</p>

CONSIGLI PRE ARRIVO	
ISTRUZIONI SANITARIE GENERICHE	ISTRUZIONI TECNICO-LOGISTICHE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RICHIAMARE IN CASO DI VARIAZIONE DELLE CONDIZIONI</b></li> <li>• LASCIARE IL PAZIENTE NELLA POSIZIONE CHE PREFERISCE</li> <li>• NON SOMMINISTRARE LIQUIDI, ALIMENTI O FARMACI</li> <li>• COPRIRE/RIPARARE IL PAZIENTE</li> <li>• NON SPOSTARE PAZIENTE SE NON IN CONDIZIONI DI PERICOLO</li> <li>• ALLENTARE INDUMENTI CHE COSTRINGONO IL PAZIENTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TENERE LIBERO IL TELEFONO FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> <li>• MANDARE QUALCUNO AD ASPETTARE L'AMBULANZA</li> <li>• ACCENDERE LE LUCI ESTERNE (SE BUIO)</li> <li>• APRIRE LA PORTA/AGEVOLARE L'ACCESSO ALLA SCENA</li> <li>• ALLONTANARE EVENTUALI ANIMALI DOMESTICI</li> <li>• RACCOGLIERE I FARMACI DEL PAZIENTE</li> <li>• RACCOGLIERE DOCUMENTAZIONE SANITARIA RECENTE</li> <li>• MANTENERE LA CALMA</li> <li>• RIMANERE CON IL PAZIENTE FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> </ul>
ISTRUZIONI SANITARIE SPECIFICHE	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• RASSICURARE IL CHIAMANTE SU AMBULANZA IN ARRIVO</li> <li>• POSIZIONI LA PERSONA SUPINA E CONTROLLI SE È COSCIENTE</li> <li>• CONTROLLI SE RESPIRA</li> <li>• SE PERSONA IN ARRESTO CARDIO-CIRCOLATORIO, DARE <b>IPA PER RCP</b></li> <li>• E' PRESENTE UN <b>DAE</b>? SE SÌ, DARE <b>IPA USO DAE</b></li> </ul>	



*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## CEFALEA

### UTILIZZO SCHEDA

Questa scheda viene utilizzata quando l'utente richiede soccorso per comparsa di cefalea, dolore improvviso alla testa o emicrania.

Le parole usate nella chiamata possono essere quindi: "Cefalea", "Dolore alla testa", "Emicrania", "Mal di testa".

### CRITERI GENERALI

Il mal di testa è un problema comune a molte persone e generalmente non è una condizione grave, ma può essere sintomo di un problema neurologico più importante.

Il cefalalgico noto solitamente è in grado di riconoscere i sintomi caratteristici dell'attacco: se chiama il 118 lo fa perché il dolore è molto intenso ed incoercibile o perché i sintomi sono diversi dal solito.

La cefalea può essere espressione anche di altre patologie, ad esempio un aumento improvviso della pressione arteriosa, oppure di problematiche molto più frequenti e non gravi come l'influenza o la sinusite.

La cefalea nella gravida al terzo trimestre di gestazione può essere indicativa di gestosi.

Deve essere considerato critico il paziente che presenta improvvisa cefalea con alterazione dello stato di coscienza, vomito a getto, recente trauma cranico, vertigini, confusione, perdita dell'equilibrio e del coordinamento, deficit ad un emisoma, disartria o disturbi del visus.

### **Fattori confondenti:**

- La cefalea può essere indice di intossicazione da monossido di carbonio. La probabilità è più elevata nel caso vi siano più persone nello stesso luogo che presentano la stessa sintomatologia e nel caso sia presente una fonte di combustione.

<b>CEFALEA</b>	
<b>PAROLE CHIAVE</b>	
<b>Cefalea – Dolore alla testa - Emicrania – Mal di testa</b>	
<b>A</b>	<p><b>Risponde se lo chiamate?</b>  <b>Aprire gli occhi se lo chiamate?</b>  <b>Parla?</b></p>
<b>B</b>	<p><b>Respira?</b>  <b>Come respira?</b>  <b>Sente rumori mentre respira? Ha un respiro veloce o affannoso?</b></p>
<b>C</b>	<p><b>È molto sudato? Suda freddo?</b>  <b>È molto pallido? Grigiastro?</b>  <b>È più scuro/violaceo in viso rispetto al solito?</b>  <b>Si sente male quando si mette seduto o in piedi?</b></p>
<b>N</b>	<p>Ha la bocca storta?            Si è verificata improvvisa debolezza o intorpidimento di faccia, braccio, gamba?            È comparso improvvisamente stato confusionale?            Ha manifestato improvvisa difficoltà a parlare o a comprendere?            Si è verificata improvvisa difficoltà a camminare, perdita di equilibrio o a compiere movimenti?            Si è verificata difficoltà persistente a vedere con uno, o entrambi gli occhi?            Ha o ha avuto vomito a getto?            Ha o ha avuto convulsioni?            Ha vertigini?</p>
<b>APP</b>	<p><b>Quanti anni ha?</b>  <b>Maschio o femmina? (È gravida?)</b>  <b>Da quanto tempo e come è insorto il sintomo?</b>            Ha misurato la pressione? (valore)            Ha febbre?            Ha già contattato il MMG?</p>
<b>APR</b>	<p><b>Ha qualche malattia nota? (Ipertensione, Cefalea/Emicrania)</b>  <b>Ha avuto traumi recenti? (Trauma cranico ≤24 h)</b>  <b>Assume farmaci?</b></p>

<b>ASSEGNAZIONE CODICE COLORE</b>	
<b>ROSSO</b>	<p>Compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b>            Cefalea improvvisa associata a vomito a getto            Compromissione di <b>N</b> con convulsioni o cefalea improvvisa            Compromissione di <b>N</b> con trauma cranico recente (<math>\leq 24h</math>)</p>
<b>GIALLO</b>	<p>Compromissione di <b>N</b>            Crisi ipertensiva (<math>&gt; 180/120</math> mmHg) senza altri sintomi            Cefalea intensa, diversa dal solito            Assenza di informazioni verificabili da terza persona chiamante            Gravida dopo terzo trimestre</p>
<b>VERDE</b>	<p>Cefalea nota con sintomi analoghi agli episodi precedenti, incoercibile</p>
<b>BIANCO</b>	<p>Richiesta di accertamenti del MMG che non pone indicazioni d'urgenza            Iperteso noto (con PAS <math>&lt; 180/120</math> mmHg) senza altri sintomi, MMG-CA non contattabile</p>
<b>MMG-CA</b>	<p>Cefalea a insorgenza graduale, senza altri sintomi            Cefalea analoga ad episodi precedenti            Cefalea in corso di sindrome febbrile o sinusite / rinite            Iperteso noto (con PAS <math>&lt; 180/120</math> mmHg) senza altri sintomi</p>
<b>CONSIGLIO</b>	<p><i>In questo problema non si ritiene opportuno fornire consigli</i></p>



<b>CEFALEA</b>		
<b>ELEMENTI DA CONSIDERARE</b>	<b>RAZIONALE DELLE DOMANDE</b>	<b>PATOLOGIE PRINCIPALI PER RICHIESTE DI SOCCORSO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stato di coscienza</li> <li>• Respirazione</li> <li>• Segni di circolo</li> <li>• Stato neurologico</li> <li>• Et�/Sesso</li> <li>• Vomito, febbre, ipertensione, gravidanza</li> <li>• Traumi recenti</li> <li>• Modalit�/tempi di insorgenza</li> <li>• Patologie preesistenti, Emicrania</li> </ul>	<p>Indagare compromissione delle funzioni vitali (A, B, C)</p> <p>Comparsa improvvisa/alterazione del sistema neurologico per ictus</p> <p>Indagare sintomi suggestivi di infezioni, ictus, crisi pre-eclamptiche</p> <p>Trauma cranico recente &lt; alle 24 h pu� essere causa di emorragia cerebrale</p> <p>Suggestivo per emorragia cerebrale</p> <p>Evidenziare differenza con episodi precedenti in cefalalgico</p>	<p>Ictus</p> <p>Emicrania – Cefalea a grappolo – Cefalea muscolo-tensiva</p> <p>Crisi ipertensiva</p> <p>Sindrome influenzale, Sinusite</p> <p>Emorragie cerebrali post traumatiche</p> <p>Infezioni cerebrali</p> <p>Pre-eclampsia</p> <p>Intossicazione da monossido di carbonio</p>

CONSIGLI PRE ARRIVO	
ISTRUZIONI SANITARIE GENERICHE	ISTRUZIONI TECNICO-LOGISTICHE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RICHIAMARE IN CASO DI VARIAZIONE DELLE CONDIZIONI</b></li> <li>• LASCIARE IL PAZIENTE NELLA POSIZIONE CHE PREFERISCE</li> <li>• NON SOMMINISTRARE LIQUIDI O ALIMENTI</li> <li>• COPRIRE/RIPARARE IL PAZIENTE</li> <li>• NON SPOSTARE PAZIENTE SE NON IN CONDIZIONI DI PERICOLO</li> <li>• ALLENTARE INDUMENTI CHE COSTRINGONO IL PAZIENTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TENERE LIBERO IL TELEFONO FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> <li>• MANDARE QUALCUNO AD ASPETTARE L'AMBULANZA</li> <li>• ACCENDERE LE LUCI ESTERNE (SE BUIO)</li> <li>• APRIRE LA PORTA/AGEVOLARE L'ACCESSO ALLA SCENA</li> <li>• ALLONTANARE EVENTUALI ANIMALI DOMESTICI</li> <li>• RACCOGLIERE I FARMACI DEL PAZIENTE</li> <li>• RACCOGLIERE DOCUMENTAZIONE SANITARIA RECENTE</li> <li>• MANTENERE LA CALMA</li> <li>• RIMANERE CON IL PAZIENTE FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> </ul>
ISTRUZIONI SPECIFICHE	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• RIDURRE L'ILLUMINAZIONE DELLA STANZA</li> <li>• SE CEFALALGICO NOTO CHE NON HA ASSUNTO TERAPIA ABITUALE, CONSIGLIARNE L'ASSUNZIONE</li> <li>• <b>SE DOVESSE VOMITARE METTERE IN POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA, SE NON COSCIENTE MA RESPIRA</b></li> </ul>	



*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## ESAURIMENTO DA CALORE/COLPO DI CALORE/IPERTERMIA

### UTILIZZO SCHEDA

Questa scheda deve essere utilizzata quando il chiamante riferisce la permanenza in un ambiente molto caldo o un'esposizione prolungata al sole con sintomi che vanno dall'eritema, allo stato febbrile fino allo stato di incoscienza e alla dispnea. Questa scheda, inoltre, può essere scelta dall'operatore in assenza di richiami precisi da parte del chiamante, ma in presenza di protocolli interni in merito ad Allarme climatico o in condizioni climatiche di caldo intenso.

Nella chiamata le parole solitamente usate sono: "Colpo di calore", "Colpo di sole", "Insolazione", "Malore con esposizione al sole o al caldo".

### CRITERI GENERALI

L'esposizione prolungata al sole o a fonti di calore determina sintomatologia legata alla disidratazione (esaurimento da calore).

Il colpo di calore si verifica a causa di condizioni ambientali caratterizzate da alta temperatura ed alta umidità. Si verifica un innalzamento progressivo della temperatura che può arrivare ad impedire il corretto intervento del sistema di termoregolazione; l'organismo non riesce ad abbassare la temperatura senza un opportuno intervento esterno. Tale condizione è potenzialmente pericolosa per la vita.

Il dispatcher deve raccogliere accuratamente le informazioni riguardanti l'ambiente in cui si trova la vittima e rivolgere particolare cura allo stato di coscienza ed il respiro.

**Indicatori di criticità** sono:

- Temperatura corporea elevata (40°-42°C),
- Pelle arrossata e asciutta, molto calda al tatto,
- Assenza di sudorazione,
- Alterazione dello stato di coscienza,
- Rigidità muscolare,
- Convulsioni (da ipossia cerebrale),
- Dolore toracico,
- Dispnea grave,
- Arresto cardiaco.

**Fattori confondenti:** Nell'assegnazione del codice di priorità, possono subentrare fattori confondenti come:

- Crisi convulsiva in epilettico noto,
- Dolore toracico,
- Tachicardia,
- Assunzione di neurolettici,
- Assunzione di amfetamine e simili,
- Altri problemi medici che potrebbero essere innescati dal colpo di calore, ma essere invece il problema principale della vittima.

<b>ESAURIMENTO DA CALORE / COLPO DI CALORE / IPERTERMIA</b>	
<b>PAROLE CHIAVE</b>	
<b>Colpo di calore – Colpo di sole - Insolazione - Malore con esposizione al sole o al caldo</b>	
<b>A</b>	<p><b>Risponde se lo chiamate?</b>  <b>Apre gli occhi se lo chiamate?</b>  <b>Parla?</b></p>
<b>B</b>	<p><b>Respira?</b>  <b>Come respira?</b>  <b>Sente rumori mentre respira? Ha un respiro veloce o affannoso?</b></p>
<b>C</b>	<p><b>È sudato o ha la pelle asciutta?</b>            Ha la cute arrossata e calda?  <b>È molto pallido? Grigiastro?</b>  <b>È più scuro/violaceo in viso rispetto al solito?</b>  <b>Si sente male quando si mette seduto o in piedi?</b></p>
<b>N</b>	<p><b>È agitato/ansioso?</b>  <b>È confuso/soporoso?</b>            Ha avuto o ha convulsioni?</p>
<b>APP</b>	<p><b>Quanti anni ha?</b>            Da quanto tempo è insorto il sintomo?            La persona è stata sotto il sole per parecchio tempo?            La persona è stata in un ambiente molto caldo e umido? (luogo di lavoro, automobile, sauna, ecc.)            Ha assunto droghe/stupefacenti?            Ha misurato la febbre?            Avverte cefalea?</p>
<b>APR</b>	<p><b>Ha qualche malattia nota?</b>  <b>Assume farmaci?</b></p>

<b>ASSEGNAZIONE CODICE COLORE</b>	
<b>ROSSO</b>	Compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b> e/o <b>N</b> Crisi convulsiva in atto
<b>GIALLO</b>	Crisi convulsiva terminata con paziente in miglioramento Più episodi sincopali Assunzione stupefacenti Cardiopatico noto
<b>VERDE</b>	Singolo episodio sincopale, si è ripreso, nessun altro sintomo Astenia, spossatezza, febbricola
<b>BIANCO</b>	<i>In questo problema non si ritiene opportuno assegnare questo codice colore</i>
<b>MMG-CA</b>	Eritema solare senza compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b> e/o <b>N</b>
<b>CONSIGLIO</b>	<i>In questo problema non si ritiene opportuno fornire consigli</i>

## ESAURIMENTO DA CALORE / COLPO DI CALORE / IPERTERMIA

ELEMENTI DA CONSIDERARE	RAZIONALE DELLE DOMANDE	PATOLOGIE PRINCIPALI PER RICHIESTE DI SOCCORSO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stato di coscienza</li> <li>• Respirazione</li> <li>• Segni di circolo</li>   <li>• Età / Sesso</li>   <li>• Modalità di insorgenza del sintomo</li>   <li>• Assunzione di farmaci o droghe</li> </ul>	<p>Indagare compromissione delle funzioni vitali (A, B, C)</p> <p>In età pediatrica alta probabilità di crisi convulsiva in concomitanza di elevata temperatura corporea</p> <p>La raccolta in anamnesi di una permanenza prolungata in ambiente caldo o sotto il sole è indicativa per insorgenza di patologie da calore</p> <p>Possibile assunzione di farmaci/stupefacenti possono causare o aggravare l'ipertermia</p>	<p>Colpo di calore</p> <p>Colpo di sole</p> <p>Ipertermia maligna</p>

CONSIGLI PRE ARRIVO	
ISTRUZIONI SANITARIE GENERICHE	ISTRUZIONI TECNICO-LOGISTICHE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RICHIAMARE IN CASO DI VARIAZIONE DELLE CONDIZIONI</b></li> <li>• LASCIARE IL PAZIENTE NELLA POSIZIONE CHE PREFERISCE</li> <li>• NON SOMMINISTRARE LIQUIDI, ALIMENTI O FARMACI</li> <li>• NON SPOSTARE PAZIENTE SE NON IN CONDIZIONI DI PERICOLO</li> <li>• ALLENTARE INDUMENTI CHE COSTRINGONO IL PAZIENTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TENERE LIBERO IL TELEFONO FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> <li>• MANDARE QUALCUNO AD ASPETTARE L'AMBULANZA</li> <li>• ACCENDERE LE LUCI ESTERNE (SE BUIO)</li> <li>• APRIRE LA PORTA/AGEVOLARE L'ACCESSO ALLA SCENA</li> <li>• ALLONTANARE EVENTUALI ANIMALI DOMESTICI</li> <li>• RACCOGLIERE I FARMACI DEL PAZIENTE</li> <li>• RACCOGLIERE DOCUMENTAZIONE SANITARIA RECENTE</li> <li>• MANTENERE LA CALMA</li> <li>• RIMANERE CON IL PAZIENTE FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> </ul>
ISTRUZIONI SANITARIE SPECIFICHE	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• PORTARE LA PERSONA IN UN LUOGO FRESCO, VENTILATO E ALL'OMBRA</li> <li>• METTERE LA PERSONA DISTESA A TERRA</li> <li>• SE SOSPETTO COLPO DI CALORE BAGNARE ABBONDANTEMENTE IL PAZIENTE. SE POSSIBILE APPLICARE IMPACCHI FREDDI SU ASCELLE, INGUINI, NUCA (NEI BAMBINI SULLE COSCE/GAMBE)</li> <li>• SE COSCIENTE, METTERE LA PERSONA IN POSIZIONE ANTISHOCK</li> <li>• SE NON È COSCIENTE MA RESPIRA, METTERE IN POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA (<b>NO</b> SE SOSPETTO TRAUMA)</li> </ul>	





*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## CONVULSIONI

### UTILIZZO SCHEDA:

Questa scheda viene utilizzata quando il chiamante riferisce una sospetta crisi epilettica o una persona incosciente con movimenti anormali (contrazioni tonico cloniche) del corpo.

Le parole usate nella chiamata possono essere quindi "Convulsioni", "Crisi epilettica", "Scuotimento", "Tremori".

### CRITERI GENERALI

Le crisi convulsive possono essere dovute a svariate cause e si manifestano in genere con crisi tonico cloniche associate a perdita di coscienza o con crisi jacksoniane.

Le convulsioni possono essere singole, con una durata di pochi secondi, seguite da una fase post-critica durante la quale il paziente è soporoso e poco collaborante, oppure essere subentranti (stato di male epilettico): in questo caso le crisi si susseguono senza ripresa di coscienza fra l'una e l'altra. In questo capitolo vengono incluse anche le crisi convulsive febbrili pediatriche semplici, che sono generalmente benigne.

In molti casi l'arresto cardiaco è preceduto da crisi convulsiva. Un paziente in arresto respiratorio dopo la crisi convulsiva deve essere considerato in arresto cardiaco.

**Indicatori di criticità** sono:

- Crisi convulsiva ancora in atto o crisi subentranti,
- Crisi convulsiva in gravida oltre la ventesima settimana gestazionale,
- Anamnesi di cefalea improvvisa associata a vomito a getto oppure a recente trauma cranico.

### Fattori confondenti

La prolungata esposizione a fonti di calore può causare crisi convulsive. In questo caso è opportuno utilizzare la relativa scheda di problema.

<b>CONVULSIONI</b>	
<b>PAROLE CHIAVE</b>	
<b>Convulsioni - Crisi epilettica – Scuotimento - Tremori</b>	
<b>A</b>	<p><b>Risponde se lo chiamate?</b>  <b>Apre gli occhi se lo chiamate?</b>  <b>Parla?</b></p>
<b>B</b>	<p><b>Respira?</b>  <b>Come respira?</b>  <b>Sente rumori mentre respira? Ha un respiro veloce o affannoso?</b></p>
<b>C</b>	<p><b>È molto sudato? Suda freddo?</b>  <b>È molto pallido? Grigiastro?</b>  <b>È più scuro/violaceo in viso rispetto al solito?</b></p>
<b>N</b>	<p>Le convulsioni sono ancora in atto?            Ha avuto più episodi convulsivi?            Ha cefalea? Associata a vomito a getto?</p>
<b>APP</b>	<p><b>Quanti anni ha?</b>  <b>Maschio o femmina?</b>            Ha riferito qualche malessere prima?            Ha la febbre?            È in gravidanza? A che settimana?            Cosa stava facendo?            Si sta riprendendo o ancora non vigile?            Ha assunto qualche sostanza o qualche farmaco?</p>
<b>APR</b>	<p><b>Ha qualche malattia nota? (Epilessia, neoplasie, diabete)</b>            Sa se ha accusato lo stesso problema in precedenza?  <b>Ha avuto traumi recenti?</b>  <b>Assume farmaci?</b></p>

<b>ASSEGNAZIONE CODICE COLORE</b>	
<b>ROSSO</b>	<p>Compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b>            Crisi convulsiva ancora in atto alla fine della telefonata o crisi ripetute            Crisi convulsiva in gravidanza oltre la 20ma settimana            Cefalea improvvisa associata a vomito a getto            Trauma cranico nelle ultime 24 ore</p>
<b>GIALLO</b>	<p>Crisi convulsiva risolta            Stato post-critico in epilettico noto            Crisi convulsiva febbrile terminata nel bambino            Assenza di informazioni verificabili da terza persona chiamante</p>
<b>VERDE</b>	<p><i>In questo problema non si ritiene opportuno assegnare questo codice colore</i></p>
<b>BIANCO</b>	<p><i>In questo problema non si ritiene opportuno assegnare questo codice colore</i></p>
<b>MMG-CA</b>	<p><i>In questo problema non si ritiene opportuno deviare a MMG-CA</i></p>
<b>CONSIGLIO</b>	<p><i>In questo problema non si ritiene opportuno fornire consigli</i></p>

<b>CONVULSIONI</b>		
<b>ELEMENTI DA CONSIDERARE</b>	<b>RAZIONALE DELLE DOMANDE</b>	<b>PATOLOGIE PRINCIPALI PER RICHIESTE DI SOCCORSO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stato di coscienza</li> <li>• Respirazione</li> <li>• Segni di circolo</li>   <li>• Stato neurologico</li>   <li>• Età</li>   <li>• Sesso</li>   <li>• Modalità insorgenza</li>   <li>• Patologie preesistenti</li> </ul>	<p>Indagare compromissione delle funzioni vitali (A, B, C)</p> <p>Esordio con cefalea improvvisa o primo episodio in paziente senza storia di epilessia possono essere suggestivi per stroke o evento neurologico acuto</p> <p>In età pediatrica alta probabilità di crisi convulsiva febbrile</p> <p>Durante terzo trimestre di gravidanza un episodio convulsivo può essere indicativo di eclampsia</p> <p>Le convulsioni possono essere scatenate da assunzione/inalazione di sostanze tossiche, farmaci, droghe, alcool</p> <p>Diabete insulino dipendente, possibile ipoglicemia</p>	<p>Epilessia</p> <p>Ictus</p> <p>Tumori cerebrali</p> <p>Trauma cranico</p> <p>Infezioni cerebrali</p> <p>Convulsioni febbrili nel bambino</p> <p>Eclampsia</p> <p>Ipoglicemia/diabete</p> <p>Problemi cardiaci</p> <p>Ipossia</p> <p>Intossicazioni</p> <p>Agitazione psicomotoria/Problemi psichiatrici</p>

<b>CONSIGLI PRE ARRIVO</b>	
<b>ISTRUZIONI SANITARIE GENERICHE</b>	<b>ISTRUZIONI TECNICO-LOGISTICHE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RICHIAMARE IN CASO DI VARIAZIONE DELLE CONDIZIONI</b></li> <li>• LASCIARE IL PAZIENTE NELLA POSIZIONE CHE PREFERISCE</li> <li>• NON SOMMINISTRARE LIQUIDI, ALIMENTI</li> <li>• COPRIRE/RIPARARE IL PAZIENTE (SE NON FEBBRILE)</li> <li>• NON SPOSTARE PAZIENTE SE NON IN CONDIZIONI DI PERICOLO</li> <li>• ALLENTARE INDUMENTI CHE COSTRINGONO IL PAZIENTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TENERE LIBERO IL TELEFONO FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> <li>• MANDARE QUALCUNO AD ASPETTARE L'AMBULANZA</li> <li>• ACCENDERE LE LUCI ESTERNE (SE BUIO)</li> <li>• APRIRE LA PORTA/AGEVOLARE L'ACCESSO ALLA SCENA</li> <li>• ALLONTANARE EVENTUALI ANIMALI DOMESTICI</li> <li>• RACCOGLIERE I FARMACI DEL PAZIENTE</li> <li>• RACCOGLIERE DOCUMENTAZIONE SANITARIA RECENTE</li> <li>• MANTENERE LA CALMA</li> <li>• RIMANERE CON IL PAZIENTE FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> </ul>
<b>ISTRUZIONI SANITARIE SPECIFICHE</b>	
<p>SE CRISI CONVULSIVA <b>IN ATTO</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ALLONTANARE DAL PAZIENTE QUALSIASI OGGETTO CON IL QUALE POTREBBE FERIRSI E PROTEGGERLO DAGLI URTI</li> <li>• NON CONTENERE IL PAZIENTE</li> <li>• NON TENTARE DI APRIRGLI LA BOCCA E NON INTRODURRE NULLA NELLA STESSA</li> </ul> <p>SE CRISI <b>RISOLTA</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CONTROLLARE IL RESPIRO</li> <li>• SE INCOSCIENTE MA RESPIRA, METTERE IN POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA</li> </ul> <p>SE CRISI CONVULSIVA <b>FEBBRILE</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SCOPRIRE IL PAZIENTE</li> <li>• SE POSSIBILE IMMERGERE IN ACQUA A TEMPERATURA UTILIZZATA NORMALMENTE PER IL BAGNETTO</li> </ul>	



*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## DIABETE

### UTILIZZO SCHEDA

Questa scheda deve essere utilizzata quando il chiamante riferisce particolari sintomi in una persona diabetica.

Le parole usate nella chiamata possono essere quindi: "E' diabetico ma respira in modo strano e non risponde", "E' diabetico sembra morto", "Iperglicemia", "Ipoglicemia".

### CRITERI GENERALI

Il diabete è una malattia cronica del metabolismo del glucosio. La richiesta di soccorso giunge solitamente per sintomi correlati a livelli molto bassi o molto alti di glicemia.

Il coma ipoglicemico è il motivo più frequente per il quale i pazienti diabetici vengono in contatto con il sistema di emergenza sanitaria: in questo caso l'ipoglicemia deve essere trattata tempestivamente altrimenti può indurre un danno neurologico.

Invece l'iperglicemia in un paziente senza compromissione dello stato di coscienza, pur essendo una condizione che richiede valutazione medica e trattamento, non costituisce un'emergenza, in quanto l'insorgenza del coma chetoacidotico è lenta e graduale e normalmente il paziente arriva all'accesso in ospedale prima che esso insorga.

La chetoacidosi diabetica provoca una perdita di liquidi e ioni attraverso le urine. La disidratazione e la disionemia possono provocare stato di shock, con compromissione dello stato di coscienza.

Per l'assegnazione del codice di priorità più appropriato, il dispatcher deve indagare principalmente lo stato di coscienza del paziente diabetico. È importante quindi raccogliere notizie anamnestiche precise.

Nelle istruzioni post-dispatch può essere utile consigliare di eseguire uno stick glicemico, se presente un rilevatore. La somministrazione di zucchero per via orale al paziente in ipoglicemia deve essere consigliata solo se il paziente è ancora pienamente cosciente.

**Fattori confondenti:** Molto spesso, in caso di scarse notizie anamnestiche, l'ipoglicemia può essere facilmente confusa con altri stati patologici o esotossicosi come:

- Ictus o TIA
- Scompenso psichiatrico
- Intossicazione da alcool
- Intossicazione da stupefacenti



<b>DIABETE</b>	
<b>PAROLE CHIAVE</b>	
<b>È diabetico ma respira in modo strano e non risponde – È diabetico, sembra morto – Iperglicemia – Ipoglicemia – Paziente diabetico agitato e confuso</b>	
<b>A</b>	<b>Risponde se lo chiamate? Apre gli occhi se lo chiamate? Parla?</b>
<b>B</b>	<b>Respira? Come respira? Sente rumori mentre respira? Ha un respiro veloce o affannoso?</b>
<b>C</b>	<b>È molto sudato? Suda freddo? È molto pallido? Grigiastro? È più scuro/violaceo in viso rispetto al solito? Si sente male quando si mette seduto o in piedi?</b>
<b>N</b>	<b>Le sembra confuso? È agitato?</b>
<b>APP</b>	<b>Quanti anni ha? Maschio o femmina? Da quanto tempo è insorto il sintomo? Ha misurato la glicemia?</b>
<b>APR</b>	<b>Ha qualche malattia nota? Usa insulina o ipoglicemizzanti orali? Assume altri farmaci?</b>

<b>ASSEGNAZIONE CODICE COLORE</b>	
<b>ROSSO</b>	Compromissione di <b>A</b> con glicemia sconosciuta o normo/iperglicemia Compromissione di <b>B</b> e/o <b>C</b>
<b>GIALLO</b>	Compromissione di <b>A</b> con glicemia < 50 mg/dl Compromissione di <b>N</b>
<b>VERDE</b>	<i>In questo problema non si ritiene opportuno assegnare questo codice colore</i>
<b>BIANCO</b>	<i>In questo problema non si ritiene opportuno assegnare questo codice colore</i>
<b>MMG-CA</b>	Ipo o Iperglicemia, senza compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b> e/o <b>N</b>
<b>CONSIGLIO</b>	<i>In questo problema non si ritiene opportuno fornire consigli</i>

<b>DIABETE</b>		
<b>ELEMENTI DA CONSIDERARE</b>	<b>RAZIONALE DELLE DOMANDE</b>	<b>PATOLOGIE PRINCIPALI PER RICHIESTE DI SOCCORSO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stato di coscienza</li> <li>• Respirazione</li> <li>• Segni di circolo</li>   <li>• Stato neurologico</li>   <li>• Uso di insulina o ipoglicemizzanti orali</li> </ul>	<p>Indagare compromissione delle funzioni vitali (A, B, C)</p> <p>Sintomi di ipoglicemia</p> <p>L'ipo e l'iperglicemia possono essere causate da assunzione di ipoglicemizzanti in dose errata</p>	<p>Diabete mellito in terapia</p> <p>Altre patologie endocrine e metaboliche</p> <p>Neoplasie</p> <p>Ipo o iperglicemia iatrogena</p>

<b>CONSIGLI PRE ARRIVO</b>	
<b>ISTRUZIONI SANITARIE GENERICHE</b>	<b>ISTRUZIONI TECNICO-LOGISTICHE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RICHIAMARE IN CASO DI VARIAZIONE DELLE CONDIZIONI</b></li> <li>• LASCIARE IL PAZIENTE NELLA POSIZIONE CHE PREFERISCE</li> <li>• COPRIRE/RIPARARE IL PAZIENTE</li> <li>• NON SPOSTARE PAZIENTE SE NON IN CONDIZIONI DI PERICOLO</li> <li>• ALLENTARE INDUMENTI CHE COSTRINGONO IL PAZIENTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TENERE LIBERO IL TELEFONO FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> <li>• MANDARE QUALCUNO AD ASPETTARE L'AMBULANZA</li> <li>• ACCENDERE LE LUCI ESTERNE (SE BUIO)</li> <li>• APRIRE LA PORTA/AGEVOLARE L'ACCESSO ALLA SCENA</li> <li>• ALLONTANARE EVENTUALI ANIMALI DOMESTICI</li> <li>• RACCOGLIERE I FARMACI DEL PAZIENTE</li> <li>• RACCOGLIERE DOCUMENTAZIONE SANITARIA RECENTE</li> <li>• MANTENERE LA CALMA</li> <li>• RIMANERE CON IL PAZIENTE FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> </ul>
<b>ISTRUZIONI SANITARIE SPECIFICHE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• SE POSSIBILE, FARE ESEGUIRE STICK GLICEMICO</li> <li>• IN CASO DI CRISI IPOGLICEMICA, SE PAZIENTE COSCIENTE FARE ASSUMERE LIQUIDI ZUCCHERATI</li> <li>• SE IL PAZIENTE NON È COSCIENTE NON SOMMINISTRARE NULLA PER BOCCA E FARGLI ASSUMERE POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA</li> </ul>	



*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## DOLORE ADDOMINALE

### UTILIZZO SCHEDA

Questa scheda deve essere utilizzata quando il chiamante riferisce un dolore all'addome (escluso epigastrio) o in zona pelvica che può essere irradiato o meno alla schiena.

Le parole usate nella chiamata possono essere quindi: "Ho male di pancia", "Mi fa male il fianco", "Mi fa male il basso ventre".

### CRITERI GENERALI

Il dolore addominale può essere scatenato da molteplici cause, alcune delle quali possono avere una rapida evoluzione infausta. La contemporanea presenza di sintomi di shock e/o compromissione delle funzioni vitali deve far pensare a tale tipo di evoluzione. L'intensità del dolore non è necessariamente correlata alla gravità del problema che lo scatena, così come il tempo di insorgenza.

L'aneurisma dell'aorta addominale si presenta spesso con un dolore addominale molto forte che può essere irradiato alla schiena, al fianco, alla zona inguinale, genitale, ed alle gambe. Spesso questi sintomi sono accompagnati da segni di shock.

Un dolore addominale in una femmina in età fertile con episodi sincopali/pre-sincopali, potrebbe essere segno di una gravidanza ectopica, con eventuale rottura della tuba.

Pregressi traumi addominali possono evolvere negativamente anche a distanza di tempo dall'evento traumatico.

### **Fattori confondenti:**

- Il dolore addominale alto localizzato a livello epigastrico può essere suggestivo di problematiche toraciche;
- Le coronaropatie possono manifestarsi con dolore all'addome superiore o in regione epigastrica, con un'eventuale sensazione di "blocco digestivo". Un dolore addominale localizzato sopra l'ombelico, in pazienti con età >35 anni, è suggestivo per dolore di origine cardiaca.

<b>DOLORE ADDOMINALE</b>	
<b>PAROLE CHIAVE</b>	
<b>Dolore addome/fianco/inguine</b>	
<b>A</b>	<p><b>Risponde se lo chiamate?</b>  <b>Apre gli occhi se lo chiamate?</b>  <b>Parla?</b></p>
<b>B</b>	<p><b>Respira?</b>  <b>Come respira?</b>  <b>Sente rumori mentre respira? Ha un respiro veloce o affannoso?</b></p>
<b>C</b>	<p><b>È molto sudato? Suda freddo?</b>  <b>È molto pallido? Grigiastro?</b>  <b>È più scuro/violaceo in viso rispetto al solito?</b>  <b>Si sente male quando si mette seduto o in piedi?</b></p>
<b>N</b>	<p><b>È agitato?</b></p>
<b>APP</b>	<p><b>Quanti anni ha?</b>  <b>Maschio o femmina?</b>  <b>Da quanto tempo è insorto il sintomo?</b>  <b>Ha dolore sopra o sotto l'ombelico? (Se sopra l'ombelico, considera scheda DOLORE TORACICO/EPIGASTRICO)</b>  <b>Ha vomitato? Se SÌ: ha vomitato sangue? Il materiale vomitato è scuro?</b>  <b>Ha scariche di feci diverse dal solito? Se SÌ: sono colore nero come il catrame o hanno un odore particolare?</b>  <b>È possibile che la paziente sia in gravidanza o in periodo mestruale?</b></p>
<b>APR</b>	<p><b>Ha qualche malattia nota? (Aneurisma aorta addominale, diverticolosi, neoplasie)</b>  <b>Soffre di calcoli renali o al fegato?</b>  <b>Ha avuto traumi recenti?</b>  <b>Assume farmaci?</b></p>

<b>ASSEGNAZIONE CODICE COLORE</b>	
<b>ROSSO</b>	<p>Compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b>                      Ematemesi con compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b>                      Melena con compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b>                      Trauma addominale recente con compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b></p>
<b>GIALLO</b>	<p>Compromissione di <b>N</b>                      Ematemesi                      Vomito caffèano                      Anamnesi positiva per aneurisma dell'aorta addominale                      Assenza di informazioni verificabili da terza persona chiamante</p>
<b>VERDE</b>	<p>Scariche di melena                      Dolore addominale di tipo colico (calcoli renali/cistifellea)                      Dolore addominale intenso (posizione antalgica obbligata) senza altri sintomi associati</p>
<b>BIANCO</b>	<p><i>In questo problema non si ritiene opportuno assegnare questo codice colore</i></p>
<b>MMG-CA</b>	<p>Dolore addominale che non rientra nelle precedenti categorizzazioni                      Dolore mestruale (esclusa metrorragia)</p>
<b>CONSIGLIO</b>	<p><i>In questo problema non si ritiene opportuno fornire un consiglio telefonico</i></p>



<b>DOLORE ADDOMINALE</b>		
<b>ELEMENTI DA CONSIDERARE</b>	<b>RAZIONALE DELLE DOMANDE</b>	<b>PATOLOGIE PRINCIPALI PER RICHIESTE DI SOCCORSO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stato di coscienza</li> <li>• Respirazione</li> <li>• Segni di circolo</li>   <li>• Età</li> <li>• Sesso</li> <li>• Tempo di insorgenza del sintomo</li> <li>• Localizzazione del dolore</li> <li>• Ematemesi</li> <li>• Melena</li>   <li>• Patologie preesistenti correlabili (calcolosi colecisti, calcolosi renale)</li> <li>• Traumi recenti</li> <li>• Assunzione di farmaci o droghe</li> </ul>	<p>Indagare compromissione delle funzioni vitali (A, B, C). L'alterazione dello stato di vigilanza indica una possibile urgenza emorragica</p> <p>Un dolore addominale localizzato sopra l'ombelico è suggestivo per dolore di origine cardiaca in pazienti con età &gt;35 anni. Un dolore addominale in una femmina in età fertile con episodi sincopali/pre-sincopali, è suggestivo di una gravidanza ectopica. Ematemesi e melena sono sintomi da ricercare</p> <p>Traumi addominali possono evolvere negativamente anche a distanza di tempo dall'evento traumatico. Assunzioni croniche di farmaci possono provocare sanguinamenti o stipsi</p>	<p>Sindrome coronarica acuta</p> <p>Aneurisma aortico addominale</p> <p>Gravidanza ectopica</p> <p>Emorragia gastrointestinale</p> <p>Gastroenterite</p> <p>Appendicite</p> <p>Ostruzione intestinale</p> <p>Malattia infiammatoria pelvica</p> <p>Colelitiasi/Colecistite</p> <p>Nefrolitiasi</p> <p>Meteorismo/coprostasi</p> <p>Malattia da reflusso gastro-esofageo</p>

CONSIGLI PRE ARRIVO	
ISTRUZIONI SANITARIE GENERICHE	ISTRUZIONI TECNICO-LOGISTICHE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RICHIAMARE IN CASO DI VARIAZIONE DELLE CONDIZIONI</b></li> <li>• LASCIARE IL PAZIENTE NELLA POSIZIONE CHE PREFERISCE</li> <li>• NON SOMMINISTRARE LIQUIDI, ALIMENTI O FARMACI</li> <li>• COPRIRE/RIPARARE IL PAZIENTE</li> <li>• NON SPOSTARE PAZIENTE SE NON IN CONDIZIONI DI PERICOLO</li> <li>• ALLENTARE INDUMENTI CHE COSTRINGONO IL PAZIENTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TENERE LIBERO IL TELEFONO FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> <li>• MANDARE QUALCUNO AD ASPETTARE L'AMBULANZA</li> <li>• ACCENDERE LE LUCI ESTERNE (SE BUIO)</li> <li>• APRIRE LA PORTA/AGEVOLARE L'ACCESSO ALLA SCENA</li> <li>• ALLONTANARE EVENTUALI ANIMALI DOMESTICI</li> <li>• RACCOGLIERE I FARMACI DEL PAZIENTE</li> <li>• RACCOGLIERE DOCUMENTAZIONE SANITARIA RECENTE</li> <li>• MANTENERE LA CALMA</li> <li>• RIMANERE CON IL PAZIENTE FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> </ul>
ISTRUZIONI SANITARIE SPECIFICHE	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• SE NON COSCIENTE, MA RESPIRA, METTERE IN POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA</li> </ul>	



*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## **DOLORE ALLA SCHIENA NON TRAUMATICO**

### **UTILIZZO SCHEDA**

Questa scheda deve essere utilizzata quando l'utente segnala un quadro di dolore non traumatico localizzato alla schiena.

Nella chiamata solitamente le parole utilizzate sono: "Bloccato con la schiena", "Colpo della strega" "Colpo di freddo" "Dolore lombare" "Mal di schiena" "Sciatica".

### **CRITERI GENERALI**

Il dolore alla schiena può essere causato da problemi di origine medica o da eventi traumatici non recenti, per questo risulta frequentemente difficoltosa l'identificazione della potenziale causa del dolore.

Le cause più comuni di dolore alla schiena, che colpisce fino all'80% della popolazione, sono traumi di piccola entità o la presenza di patologie muscolo scheletriche della regione dorsale.

La sintomatologia algica a carico della schiena può essere però un sintomo di patologie mediche gravi come la dissezione di un aneurisma addominale o di un infarto miocardico acuto, per questo un rapido deterioramento del quadro clinico deve far sospettare una condizione clinica critica. Il semplice dolore associato ad anamnesi positiva per aneurisma dell'aorta deve far sospettare a una complicanza come la dissezione e/o la rottura.

**Indicatori di criticità** sono:

- Sincope e presincope,
- Segni e sintomi dello shock,
- Difficoltà respiratoria,
- Dolore toracico,
- Sudorazione fredda e profusa,
- Sensazione di morte imminente.

**Fattori confondenti:**

- La presenza di dolore alla schiena, descritto come diverso dal solito, in utente che soffre di lombosciatalgia, con parziale deterioramento delle condizioni cliniche, può indurre a classificarlo come dolore cronico, mentre potrebbe nascondere cause mediche gravi e potenzialmente fatali.

**DOLORE ALLA SCHIENA NON TRAUMATICO**

**PAROLE CHIAVE**

**Bloccato con la schiena – Colpo della strega – Colpo di freddo – Dolore lombare - Mal di schiena – Sciatica**

<b>A</b>	<p>Risponde se lo chiamate?          Apre gli occhi se lo chiamate?          Parla?</p>
<b>B</b>	<p><b>Respira?</b>          Come respira?          Sente rumori mentre respira? Ha un respiro veloce o affannoso?</p>
<b>C</b>	<p>È molto sudato? Suda freddo?          È molto pallido? Grigiastro?          È più scuro/violaceo in viso rispetto al solito?          Si sente male quando si mette seduto o in piedi?</p>
<b>N</b>	<p>Ha formicolii agli arti?          Ha difficoltà a deambulare?          Ha deficit di forza agli arti?</p>
<b>APP</b>	<p><b>Quanti anni ha?</b>  <b>Maschio o femmina?</b>  <b>Da quanto tempo è insorto il sintomo?</b>          Cosa stava facendo?          Dove è localizzato il dolore? Si modifica con il movimento/respiro?</p>
<b>APR</b>	<p><b>Ha qualche malattia nota? (Aneurisma aorta addominale, ernia discale)</b>  <b>Ha avuto traumi recenti?</b>  <b>Assume farmaci?</b></p>

<b>ASSEGNAZIONE CODICE COLORE</b>	
<b>ROSSO</b>	Compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b>
<b>GIALLO</b>	Plegia di un arto Aneurisma dell'aorta in anamnesi Assenza di informazioni verificabili da terza persona chiamante
<b>VERDE</b>	Parestesie e deficit di forza Dolore improvviso, puntorio, esacerbato dal respiro, da sospetto pneumotorace spontaneo
<b>BIANCO</b>	Paziente valutato dal Medico che richiede accertamenti
<b>MMG-CA</b>	Dolore alla schiena acuto o cronico senza altra sintomatologia, di origine muscolo-scheletrica
<b>CONSIGLIO</b>	<i>In questo problema non si ritiene opportuno fornire consigli</i>

## DOLORE ALLA SCHIENA NON TRAUMATICO

ELEMENTI DA CONSIDERARE	RAZIONALE DELLE DOMANDE	PATOLOGIE PRINCIPALI PER RICHIESTE DI SOCCORSO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stato di coscienza</li> <li>• Respirazione</li> <li>• Segni di circolo</li> <li>• Stato neurologico</li>   <li>• Età</li> <li>• Sesso</li>   <li>• Tempo di insorgenza del sintomo</li>   <li>• Localizzazione del dolore</li>   <li>• Patologie preesistenti correlabili</li>   <li>• Traumi recenti</li>   <li>• Assunzione di farmaci</li> </ul>	<p>Indagare compromissione delle funzioni vitali (A, B, C, N) L'alterazione dello stato di vigilanza indica una possibile urgenza emorragica</p> <p>Indagare età e sesso per comprendere eventuali patologie correlate</p> <p>Indagare la modalità di insorgenza del sintomo ed il tempo per cercare di capire se episodio acuto o cronico</p> <p>Indagare la zona della schiena dove si localizza il dolore per cercare di circoscrivere i sintomi di specifiche patologie</p> <p>Identificare eventuali patologie preesistenti con sintomatologia analoga per identificare eventuali riacutizzazioni</p> <p>Identificare se vi sono stati eventuali traumi scatenanti il dolore alla schiena</p> <p>Assunzioni di farmaci possono essere suggestive per individuare patologie preesistenti correlate al sintomo attuale</p>	<p>Lombosciatalgia</p> <p>Sindrome coronarica acuta</p> <p>Aneurisma aorta addominale in rottura</p> <p>Aneurisma aorta toracica in rottura</p> <p>Colica Renale</p> <p>Colica epatica/biliare</p> <p>Gastrite</p> <p>Malattia da reflusso gastro-esofageo</p> <p>Pancreatite</p> <p>Gravidanza extrauterina</p> <p>Broncopneumite</p> <p>Pleurite</p>

CONSIGLI PRE ARRIVO	
ISTRUZIONI SANITARIE GENERICHE	ISTRUZIONI TECNICO-LOGISTICHE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RICHIAMARE IN CASO DI VARIAZIONE DELLE CONDIZIONI</b></li> <li>• LASCIARE IL PAZIENTE NELLA POSIZIONE CHE PREFERISCE</li> <li>• NON SOMMINISTRARE LIQUIDI, ALIMENTI O FARMACI</li> <li>• COPRIRE/RIPARARE IL PAZIENTE</li> <li>• NON SPOSTARE PAZIENTE SE NON IN CONDIZIONI DI PERICOLO</li> <li>• ALLENTARE INDUMENTI CHE COSTRINGONO IL PAZIENTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TENERE LIBERO IL TELEFONO FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> <li>• MANDARE QUALCUNO AD ASPETTARE L'AMBULANZA</li> <li>• ACCENDERE LE LUCI ESTERNE (SE BUIO)</li> <li>• APRIRE LA PORTA/AGEVOLARE L'ACCESSO ALLA SCENA</li> <li>• ALLONTANARE EVENTUALI ANIMALI DOMESTICI</li> <li>• RACCOGLIERE I FARMACI DEL PAZIENTE</li> <li>• RACCOGLIERE DOCUMENTAZIONE SANITARIA RECENTE</li> <li>• MANTENERE LA CALMA</li> <li>• RIMANERE CON IL PAZIENTE FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> </ul>
ISTRUZIONI SANITARIE SPECIFICHE	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• SE NON COSCIENTE, MA RESPIRA, METTERE IN POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA</li> </ul>	





*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## DOLORE TORACICO/EPIGASTRICO

### UTILIZZO SCHEDA

Questa scheda deve essere utilizzata quando il chiamante riferisce un dolore localizzato al torace o a livello epigastrico.

Le parole chiave usate nella chiamata possono essere quindi: "Si tiene le mani sul petto", "Ho dolore al petto", "Ho male allo stomaco", "Ho un senso di peso al torace".

### CRITERI GENERALI

Le chiamate per dolore toracico sono frequenti ed è necessario identificare tutte le situazioni potenzialmente pericolose per il paziente, perché il mancato tempestivo riconoscimento può avere un esito infausto.

Vanno considerati di sospetta origine cardiaca tutti i dolori per i quali non sia evidente una causa diversa:

- In soggetti di età **superiore ai 35 anni**,
- Localizzati tra la linea ombelicale trasversa e la mandibola,
- Continui **persistenti** da oltre 10 minuti.

Il dolore di origine cardiaca può essere descritto in modo molto variabile soggettivamente; non sempre vi è correlazione tra gravità della patologia ed intensità riferita del dolore.

Può essere descritto come:

- Sensazione di pressione o di peso,
- Costrizione,
- Dolore sordo,
- Bruciore,
- Dolore trafittivo,
- Sensazione di difficoltà alla digestione.

La posizione riferita del dolore può essere:

- Retrosternale, spesso irradiato al braccio, dorso, giugulo, mandibola,
- Epigastrico,
- Dorsale,
- Spalla,
- Collo,
- Mandibolare,
- Addominale.

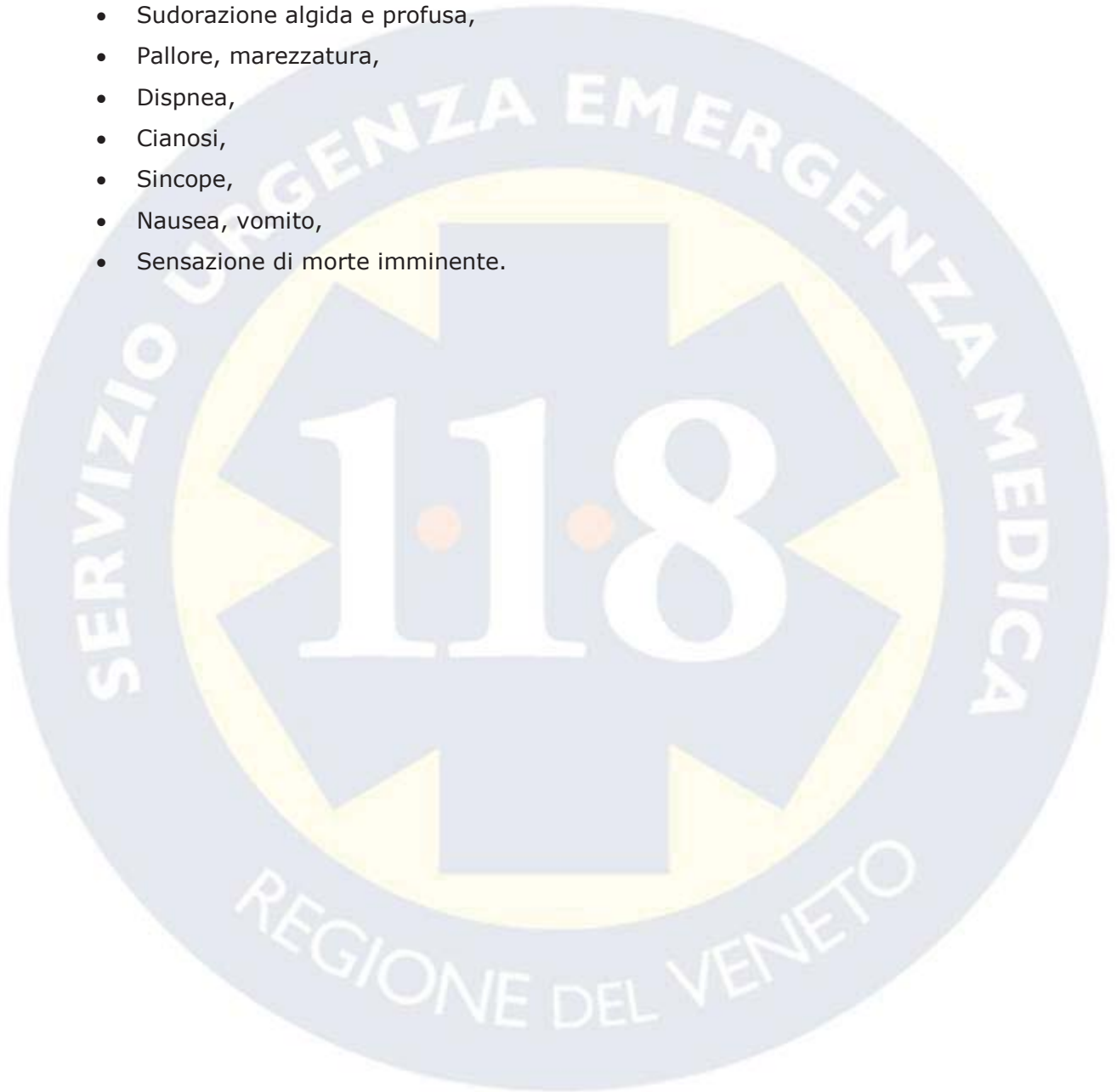
Anche se il dolore è lieve o non tipico, deve essere considerato di origine cardiaca se il paziente:

- Riferisce affaticamento, dispnea da sforzo, malessere, palpitazioni, sensazione di peso al torace nelle ore o nei giorni precedenti,

- Ha già avuto episodi di sindrome coronarica,
- Ha familiarità per episodi di sindrome coronarica,
- È diabetico, iperteso, fumatore, obeso, dislipidemico o affetto da insufficienza renale.

**Indicatori di criticità:** Se il dolore è accompagnato dai seguenti segni/sintomi la situazione deve essere considerata critica.

- Sudorazione algida e profusa,
- Pallore, marezzeria,
- Dispnea,
- Cianosi,
- Sincope,
- Nausea, vomito,
- Sensazione di morte imminente.





*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## DOLORE TORACICO/EPIGASTRICO

### PAROLE CHIAVE

**Dolore epigastrico - Dolore torace – Senso di peso al torace – Si tiene le mani sul petto e sta male**

<b>A</b>	<p><b>Risponde se lo chiamate?</b>  <b>Apre gli occhi se lo chiamate?</b>  <b>Parla?</b></p>
<b>B</b>	<p><b>Respira?</b>  <b>Come respira?</b>  <b>Sente rumori mentre respira? Ha un respiro veloce o affannoso?</b></p>
<b>C</b>	<p><b>È molto sudato? Suda freddo?</b>  <b>È molto pallido? Grigiastro?</b>  <b>È più scuro/violaceo in viso rispetto al solito?</b>  <b>Si sente male quando si mette seduto o in piedi?</b></p>
<b>N</b>	
<b>APP</b>	<p><b>Quanti anni ha?</b>  <b>Maschio o femmina?</b>  <b>Da quanto tempo è insorto il sintomo?</b>            Dove è localizzato il dolore?            Cosa stava facendo quando è insorto il sintomo?            Ha senso di palpitazione?</p>
<b>APR</b>	<p><b>Ha qualche malattia nota?</b> (Diabete, cardiopatia, ipertensione arteriosa, dislipedemia, obesità, ecc.)  <b>Assume farmaci?</b>            Ha assunto droghe?  <b>Ha avuto traumi recenti?</b>            È portatore di dispositivo impiantato? (Defibrillatore, Pacemaker)</p>

<b>ASSEGNAZIONE CODICE COLORE</b>	
<b>ROSSO</b>	Compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b> Pregresso IMA Scarica del defibrillatore Tachicardia/Palpitazioni
<b>GIALLO</b>	Senza compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b> e altri sintomi, con età $\geq 35$ anni Senza compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b> e altri sintomi, con età $< 35$ anni, con fattori di rischio (grande obeso, familiarità, grande fumatore, dislipedemia) Cardiopatico noto Iperteso Diabetico
<b>VERDE</b>	Senza compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b> e altri sintomi, con età $< 35$ anni
<b>BIANCO</b>	<i>In questo problema non si ritiene opportuno assegnare questo codice colore</i>
<b>MMG-CA</b>	<i>In questo problema non si ritiene opportuno deviare a MMG-CA</i>
<b>CONSIGLIO</b>	<i>In questo problema non si ritiene opportuno fornire consigli</i>

<b>DOLORE TORACICO/EPIGASTRICO</b>		
<b>ELEMENTI DA CONSIDERARE</b>	<b>RAZIONALE DELLE DOMANDE</b>	<b>PATOLOGIE PRINCIPALI PER RICHIESTE DI SOCCORSO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stato di coscienza</li> <li>• Respirazione</li> <li>• Segni di circolo</li>   <li>• Età</li> <li>• Sesso</li> <li>• Tempo di insorgenza del sintomo</li> <li>• Localizzazione del dolore</li> <li>• Modalità di insorgenza del sintomo</li> <li>• Sensazione di palpitazione</li>   <li>• Patologie preesistenti correlabili (diabete, cardiopatia, ipertensione arteriosa)</li> <li>• Presenza di dispositivi impiantati (Defibrillatore, Pacemaker)</li> <li>• Traumi recenti</li>   <li>• Assunzione di farmaci o droghe</li> </ul>	<p>Indagare compromissione delle funzioni vitali (A, B, C)</p> <p>È raccomandabile considerare come sospette sindromi coronariche acute tutte quelle situazioni in cui venga riferito un dolore di origine non traumatica, in persone con età &gt; 35 anni, localizzato al di sopra della linea ombelicale trasversa, eventualmente irradiato alle braccia, al dorso, al giugulo e fino alla mandibola, con durata &gt; 10 minuti</p> <p>Tale sospetto può essere rafforzato dal dato anamnestico di precedenti episodi cardiovascolari, dalla presenza di ipertensione, tabagismo, diabete mellito, dislipidemia, familiarità, insufficienza renale</p> <p>Alcuni farmaci possono favorire l'insorgenza della Sindrome Coronarica Acuta (vasocostrittori, inotropi, ecc.)</p>	<p>Sindrome Coronarica Acuta (SCA)</p> <p>Aneurisma dissecante dell'Aorta</p> <p>Pericardite</p> <p>Embolia polmonare</p> <p>Pneumotorace</p> <p>Pleurite</p> <p>Polmonite</p> <p>Esofagite da reflusso, spasmo esofageo, gastrite, ulcera peptica</p> <p>Colecistite, Pancreatite</p> <p>Herpes zoster</p> <p>Dolore muscolo-scheletrico</p> <p>Ansia/Depressione/Attacchi di panico/Iperventilazione</p>

CONSIGLI PRE ARRIVO	
ISTRUZIONI SANITARIE GENERICHE	ISTRUZIONI TECNICO-LOGISTICHE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RICHIAMARE IN CASO DI VARIAZIONE DELLE CONDIZIONI</b></li> <li>• LASCIARE IL PAZIENTE NELLA POSIZIONE CHE PREFERISCE</li> <li>• NON SOMMINISTRARE LIQUIDI, ALIMENTI</li> <li>• COPRIRE/RIPARARE IL PAZIENTE</li> <li>• NON SPOSTARE PAZIENTE SE NON IN CONDIZIONI DI PERICOLO</li> <li>• ALLENTARE INDUMENTI CHE COSTRINGONO IL PAZIENTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TENERE LIBERO IL TELEFONO FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> <li>• MANDARE QUALCUNO AD ASPETTARE L'AMBULANZA</li> <li>• ACCENDERE LE LUCI ESTERNE (SE BUIO)</li> <li>• APRIRE LA PORTA/AGEVOLARE L'ACCESSO ALLA SCENA</li> <li>• ALLONTANARE EVENTUALI ANIMALI DOMESTICI</li> <li>• RACCOGLIERE I FARMACI DEL PAZIENTE</li> <li>• RACCOGLIERE DOCUMENTAZIONE SANITARIA RECENTE</li> <li>• MANTENERE LA CALMA</li> <li>• RIMANERE CON IL PAZIENTE FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> </ul>
ISTRUZIONI SANITARIE SPECIFICHE	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• SE HA DISPONIBILI IN CASA FARMACI PRESCRITTI IN CASO DI COMPARSA DI DOLORE TORACICO, INVITARE ALL'UTILIZZO</li> <li>• INVITARE IL PAZIENTE A NON COMPIERE MOVIMENTI O SFORZI (PREPARARE BAGAGLI, FARE SCALE, PERCORRERE LUNGI TRAGITTI, ECC)</li> </ul>	





*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## **EMORRAGIA NON TRAUMATICA (esclusa IN GRAVIDANZA)**

### **UTILIZZO SCHEDA**

Questa scheda deve essere utilizzata quando il soggetto chiama per un sanguinamento di origine non traumatica.

Nella chiamata le parole usate saranno quindi: "Emorragia", "Esce sangue da...", "Feci nere e maleodoranti", "Perdite", "Sta perdendo sangue", "Vedo del sangue".

### **CRITERI GENERALI**

Le emorragie possono presentarsi in molteplici forme; alcune possono presentarsi in forma subdola e portare ad un ritardo nella diagnosi, quindi ad una rapida evoluzione infausta.

Alcuni sanguinamenti interni esteriores potrebbero portare a una seria compromissione delle funzioni vitali anche con un limitato sanguinamento esterno.

In presenza di emorragie apparentemente non gravi vanno indagati tutti i fattori di rischio come coagulopatie, terapie anticoagulanti, sanguinamenti correlati ad intervento chirurgico recente, traumi recenti.

Devono essere considerati instabili o critici i pazienti che manifestano, associate ad un sanguinamento:

- Sincope o presincope, in particolare con il variare della postura da clino ad ortostatismo;
- Sanguinamenti copiosi, continui, con grossi coaguli e non controllabili (neppure con compressione diretta);

<b>EMORRAGIA NON TRAUMATICA (esclusa IN GRAVIDANZA)</b>	
<b>PAROLE CHIAVE</b>	
<b>Emorragia – Esce sangue da... - Feci nere e maleodoranti - Perdite – Sta perdendo sangue – Vedo del sangue</b>	
<b>A</b>	<p><b>Risponde se lo chiamate?</b>  <b>Apre gli occhi se lo chiamate?</b>  <b>Parla?</b></p>
<b>B</b>	<p><b>Respira?</b>  <b>Come respira?</b>  <b>Sente rumori mentre respira? Ha un respiro veloce o affannoso?</b></p>
<b>C</b>	<p><b>È molto sudato? Suda freddo?</b>  <b>È molto pallido? Grigiastro?</b>  <b>È più scuro/violaceo in viso rispetto al solito?</b>  <b>Si sente male quando si mette seduto o in piedi?</b></p>
<b>N</b>	<p><b>È agitato?</b></p>
<b>APP</b>	<p><b>Quanti anni ha?</b>  <b>Maschio o femmina?</b>  <b>Da quanto tempo è insorto il sintomo?</b>            Da dove vede uscire il sangue?            Il sangue è rosso chiaro o rosso scuro?            Riesce a quantificare la quantità di sangue persa? (Fazzoletto, asciugamano, lenzuolo)            Riesce a fermare la fuoriuscita di sangue?</p>
<b>APR</b>	<p><b>Ha qualche malattia nota?</b>  <b>Ha avuto traumi recenti?</b>  <b>Assume farmaci?</b> (Farmaci anticoagulanti)            Ha subito interventi chirurgici recentemente?</p>

<b>ASSEGNAZIONE CODICE COLORE</b>	
<b>ROSSO</b>	Compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b> e/o <b>N</b>
<b>GIALLO</b>	Emorragia non controllabile con presenza di fattori di rischio (coagulopatie, terapie anticoagulanti, correlata a intervento chirurgico recente, traumi recenti) Ematemesi franca
<b>VERDE</b>	Sanguinamento che non si arresta spontaneamente senza fattori di rischio Melena Vomito caffèano Emottisi Mettorragia (non in gravidanza) Macroematuria franca in paziente cateterizzato Rottura varici arti inferiori
<b>BIANCO</b>	Non si ritiene opportuna l'assegnazione di questo codice colore
<b>MMG-CA</b>	Sangue nelle urine Spotting vaginale Flusso mestruale più abbondante del solito Proctorragia in portatore di emorroidi
<b>CONSIGLIO</b>	Trattamento della normale epistassi con tamponamento manuale

<b>EMORRAGIA NON TRAUMATICA (esclusa IN GRAVIDANZA)</b>		
<b>ELEMENTI DA CONSIDERARE</b>	<b>RAZIONALE DELLE DOMANDE</b>	<b>PATOLOGIE PRINCIPALI PER RICHIESTE DI SOCCORSO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stato di coscienza</li> <li>• Respirazione</li> <li>• Segni di circolo</li> <li>• Stato neurologico</li> <li>• Zona da cui proviene il sangue</li> <li>• Patologie correlate o correlabili al sanguinamento</li> <li>• Presenza di coagulopatie, Terapia con anticoagulante</li> </ul>	<p>Indagare compromissione delle funzioni vitali (A, B, C)</p> <p>Sincope o presincope da clino ad ortostatismo, pallore, sudorazione algida</p> <p>Identificare il tipo di emorragia</p> <p>Identificare i potenziali fattori di rischio</p>	<p>Ematemesi</p> <p>Melena</p> <p>Metrorragia</p> <p>Oto-rinorragia (epistassi)</p> <p>Emorragia urinaria</p> <p>Rettorragia</p> <p>Coagulopatie (anche iatrogene)</p>

<b>CONSIGLI PRE ARRIVO</b>	
<b>ISTRUZIONI SANITARIE GENERICHE</b>	<b>ISTRUZIONI TECNICO-LOGISTICHE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RICHIAMARE IN CASO DI VARIAZIONE DELLE CONDIZIONI</b></li> <li>• LASCIARE IL PAZIENTE NELLA POSIZIONE CHE PREFERISCE</li> <li>• NON SOMMINISTRARE LIQUIDI, ALIMENTI O FARMACI</li> <li>• COPRIRE/RIPARARE IL PAZIENTE</li> <li>• NON SPOSTARE PAZIENTE SE NON IN CONDIZIONI DI PERICOLO</li> <li>• ALLENTARE INDUMENTI CHE COSTRINGONO IL PAZIENTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TENERE LIBERO IL TELEFONO FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> <li>• MANDARE QUALCUNO AD ASPETTARE L'AMBULANZA</li> <li>• ACCENDERE LE LUCI ESTERNE (SE BUIO)</li> <li>• APRIRE LA PORTA/AGEVOLARE L'ACCESSO ALLA SCENA</li> <li>• ALLONTANARE EVENTUALI ANIMALI DOMESTICI</li> <li>• RACCOGLIERE I FARMACI DEL PAZIENTE</li> <li>• RACCOGLIERE DOCUMENTAZIONE SANITARIA RECENTE</li> <li>• MANTENERE LA CALMA</li> <li>• RIMANERE CON IL PAZIENTE FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> </ul>
<b>ISTRUZIONI SANITARIE SPECIFICHE</b>	
<p><b>IN CASO DI EPISTASSI:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FARE TENERE IL NASO CHIUSO ("PINZATO") CON DUE DITA INVITANDO IL PAZIENTE A RESPIRARE CON LA BOCCA</li> <li>• FARE ASSUMERE AL PAZIENTE POSIZIONE SEDUTA CON LA TESTA RECLINATA IN AVANTI</li> <li>• APPLICARE GHIACCIO O UN PANNINO BAGNATO DI ACQUA FREDDA SULLA FRONTE E IN PROSSIMITÀ DELLA RADICE DEL NASO</li> </ul> <p><b>SE SANGUINAMENTO ESTERNO (ESEMPIO VARICE ARTO)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• INDIVIDUARE IL PUNTO DA DOVE ESCE IL SANGUE</li> <li>• PRENDERE GARZE O STRACCIO PULITO (NON COTONE IDROFILO) O UNA MONETA E METTERLO ESATTAMENTE SUL PUNTO DA CUI ESCE IL SANGUE</li> <li>• TENERE PREMUTO CON FORZA</li> <li>• NON TOGLIERE IL TAMPONE QUANDO È IMBIBITO MA AGGIUNGERE ALTRE GARZE O STRACCI SOPRA</li> <li>• TENERE L'ARTO SOLLEVATO</li> </ul> <p>TENERE PREMUTO FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</p>	



*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## GRAVIDANZA/PARTO

### UTILIZZO SCHEDA

Questa scheda deve essere utilizzata quando il chiamante riferisce di essere in presenza di una persona che sta partorendo, o manifesta problematiche correlate alla gravidanza.

Le parole usate nella chiamata possono essere quindi: "È in gravidanza ed ha dolore addominale", "È in gravidanza e ha le contrazioni", "È in gravidanza ed ha perdite vaginali", "Ha partorito", "Si è rotto il sacco amniotico", "Ha perso le acque", "Sta per partorire".

### CRITERI GENERALI

Il parto è un evento fisiologico che può avvenire anche senza assistenza sanitaria specialistica. Tuttavia in alcuni casi possono svilupparsi complicanze, anche improvvise e ad evoluzione ingravescente, che possono incidere sulla salute sia della madre che del bambino, con conseguenze anche mortali.

È utile ricordare che una donna che ha già partorito avrà un travaglio più breve di una primipara. Contrazioni inferiori ai due minuti nella prima gravidanza o inferiori ai 5 minuti nelle successive gestazioni, insorte da più di 1 ora, indicano che il parto è imminente.

La rottura del sacco amniotico non indica necessariamente che il parto sarà immediato. Problematiche insolite che insorgano durante l'ultimo trimestre di una gravidanza possono suggerire complicanze al momento del parto.

Il cut off della ventesima settimana utilizzato per determinare il grado di criticità della risposta è puramente orientativo e tiene conto da un lato delle possibilità di sopravvivenza del feto e, dall'altro, della gravità delle possibili complicanze per la madre. Inoltre, non sempre l'epoca gestazionale è riferita con esattezza dalla gestante e talvolta vi può essere anche un ritardo di crescita del feto.

L'aborto spontaneo entro la ventesima settimana di gravidanza, senza altre complicanze, è comunque un evento che può provocare problematiche psicologiche importanti nelle persone che stanno vivendo questa situazione.

**Indicatori di criticità** sono:

- Sanguinamento vaginale in gravidanza oltre la ventesima settimana gestazionale,
- Gestosi/eclampsia,
- Traumi addominali con contrazioni in gravida oltre la ventesima settimana gestazionale,
- Parto prematuro (inteso dopo la ventiduesima settimana gestazionale),
- Presentazione anomala,
- Prolasso del cordone ombelicale.



GRAVIDANZA/PARTO	
PAROLE CHIAVE	
<p><b>È in gravidanza ed ha dolore addominale – È in gravidanza ed ha le contrazioni – È in gravidanza ed ha perdite vaginali - Ha partorito - Si è rotto il sacco amniotico - “Ha perso le acque” – Sta per partorire</b></p>	
<b>A</b>	<p><b>Risponde se la chiamate?</b>  <b>Apre gli occhi se la chiamate?</b>  <b>Parla?</b></p>
<b>B</b>	<p><b>Respira?</b>  <b>Come respira?</b>  <b>Sente rumori mentre respira? Ha un respiro veloce o affannoso?</b></p>
<b>C</b>	<p><b>È molto sudato? Suda freddo?</b>  <b>È molto pallido? Grigiastro?</b>  <b>È più scura/violacea in viso rispetto al solito?</b>  <b>Si sente male se si mette seduta o in piedi?</b></p>
<b>N</b>	<p>Ha o ha avuto convulsioni?</p>
<b>APP</b>	<p>Quanti anni ha?            È la prima gravidanza?            A che settimana/mese di gravidanza è?            Sente contrazioni? Ogni quanti minuti sente le contrazioni? Da quanto tempo sono iniziate?            Si è rotto il sacco amniotico? “Ha perso le acque”?            Il bambino sta nascendo o è già nato?            Si vede qualche parte del bambino?  <b>SE PARTI DEL BAMBINO VISIBILI O PARTO IMMINENTE O GIÀ AVVENUTO PASSARE A IPA PARTO</b>            Ha perdite ematiche a livello vaginale? Se SÌ: Quanto sangue ha perso la signora? (Un fazzoletto, un assorbente intimo, un asciugamano?)            Ha patologie della coagulazione?            Ha dolore continuo o non correlato alle contrazioni? (Identificare se dolore localizzato a livello addominale o in altri distretti corporei)            Ha ricevuto traumi a livello addominale?            Ha misurato la pressione arteriosa?</p>
<b>APR</b>	<p>È nota la posizione del bambino? (Ultima ecografia)            Le è stata diagnosticata qualche patologia correlata alla gravidanza?            Ha qualche altra malattia nota?            Ha effettuato cure prenatali?</p>

**ASSEGNAZIONE CODICE COLORE**

<b>ROSSO</b>	<p>Compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b>          Bambino già nato          Parte del bambino già visibile          Parto imminente oltre le 20 settimane di gravidanza (Contrazioni iniziate da più di 1 ora con intervallo <math>\leq</math> ai 2 min se prima gravidanza, o <math>\leq</math> ai 5 min se successive gravidanze),          Parto con presentazione anomala (podalica, natiche, spalla, ecc)          Emorragia oltre le 20 settimane di gravidanza          Trauma addominale oltre le 20 settimane, con contrazioni          Crisi ipertensiva al terzo trimestre di gravidanza (se PAO <math>\geq</math>160/110)          Crisi convulsiva in gravidanza oltre la 20ma settimana</p>
<b>GIALLO</b>	<p>Travaglio di parto con parto non imminente oltre le 20 settimane di gravidanza (Intervallo tra le contrazioni <math>&gt;</math> ai 2 min se prima gravidanza o <math>&gt;</math> ai 5 min se successive gravidanze)          Trauma addominale oltre le 20 settimane, senza contrazioni          Assenza di informazioni verificabili da terza persona chiamante          Contrazioni o dolore addominale in riferita gravidanza a rischio</p>
<b>VERDE</b>	<p>Emorragia o aborto spontaneo entro le 20 settimane di gravidanza          Singolo episodio sincopale, si è ripresa, nessun altro sintomo</p>
<b>BIANCO</b>	<p><i>In questo problema non si ritiene opportuno assegnare questo codice colore</i></p>
<b>MMG-CA</b>	<p>Gravidanza entro 20 settimane, con presenza di piccole perdite ematiche (spotting), crampi o dolore pelvico          Sintomi specifici e non correlabili alla gravidanza          Nausea e vomito senza altri sintomi</p>
<b>CONSIGLIO</b>	<p>Rottura del sacco amniotico senza contrazioni: consigliare di recarsi in PS ostetrico accompagnata</p>

<b>GRAVIDANZA/PARTO</b>		
<b>ELEMENTI DA CONSIDERARE</b>	<b>RAZIONALE DELLE DOMANDE</b>	<b>PATOLOGIE PRINCIPALI PER RICHIESTE DI SOCCORSO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stato di coscienza</li> <li>• Respirazione</li> <li>• Segni di circolo</li> <li>• Settimana di Gravidanza (SG)</li> <li>• Numero di parti pregressi, intervallo tra le contrazioni uterine, rottura del sacco amniotico</li> <li>• Perdite ematiche a livello vaginale</li> <li>• Patologie sviluppate durante il periodo gestazionale, presenza di altre eventuali patologie</li> <li>• Età</li> <li>• Posizione/presentazione del feto</li> </ul>	<p>Indagare compromissione delle funzioni vitali (A, B, C)</p> <p>Identificare il periodo di gravidanza per correlarlo a segni e sintomi riferiti dalla donna e alle probabilità di sopravvivenza del nascituro</p> <p>Una donna che ha già partorito ha generalmente un travaglio più breve</p> <p>Il sanguinamento vaginale può essere sintomo anche di gravi patologie ostetriche</p> <p>Alcune patologie pre-esistenti o sviluppate in gravidanza possono portare a gravi complicazioni, anche con esordio improvviso e rapidamente ingravescente</p> <p>L'età avanzata è correlata ad un'aumentata morbilità materna, fetale e neonatale</p> <p>Modalità anomale di impegno del canale del parto rendono lo stesso difficoltoso e richiedono spesso l'adozione di interventi manuali o strumentali complessi, fino al taglio cesareo d'urgenza</p>	<p>Parto imminente a termine di gravidanza (evento fisiologico)</p> <p>Parto precipitoso</p> <p>Parto prematuro</p> <p>Parto distocico/Presentazione anomala</p> <p>Aborto spontaneo o provocato</p> <p>Placenta Previa</p> <p>Distacco intempestivo di placenta</p> <p>Prolasso del cordone ombelicale</p> <p>Gestosi/Eclampsia</p> <p>Trauma addominale</p>

CONSIGLI PRE ARRIVO	
ISTRUZIONI SANITARIE GENERICHE	ISTRUZIONI TECNICO-LOGISTICHE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RICHIAMARE IN CASO DI VARIAZIONE DELLE CONDIZIONI</b></li> <li>• LASCIARE IL PAZIENTE NELLA POSIZIONE CHE PREFERISCE</li> <li>• NON SOMMINISTRARE LIQUIDI, ALIMENTI O FARMACI</li> <li>• COPRIRE/RIPARARE IL PAZIENTE</li> <li>• NON SPOSTARE PAZIENTE SE NON IN CONDIZIONI DI PERICOLO</li> <li>• ALLENTARE INDUMENTI CHE COSTRINGONO IL PAZIENTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TENERE LIBERO IL TELEFONO FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> <li>• MANDARE QUALCUNO AD ASPETTARE L'AMBULANZA</li> <li>• ACCENDERE LE LUCI ESTERNE (SE BUIO)</li> <li>• APRIRE LA PORTA/AGEVOLARE L'ACCESSO ALLA SCENA</li> <li>• ALLONTANARE EVENTUALI ANIMALI DOMESTICI</li> <li>• RACCOGLIERE I FARMACI DEL PAZIENTE</li> <li>• RACCOGLIERE DOCUMENTAZIONE SANITARIA RECENTE</li> <li>• MANTENERE LA CALMA</li> <li>• RIMANERE CON IL PAZIENTE FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> </ul>
ISTRUZIONI SANITARIE SPECIFICHE	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• SE IL PARTO È IMMINENTE DARE <b>IPA PARTO PRECIPITOSO</b></li> <li>• NON LASCIARE ANDARE IN BAGNO LA PARTORIENTE</li> </ul>	



*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## ICTUS/PROBLEMI NEUROLOGICI

### UTILIZZO SCHEDA

Questa scheda deve essere utilizzata quando il chiamante riferisce una sintomatologia riconducibile ad un problema neurologico.

Le parole usate nella chiamata possono essere quindi: "Formicolio ad un lato del corpo", "Ha la bocca storta", "Ha mal di testa e sente un intorpidimento generale", "Improvvisamente non vede più", "Mi guarda con gli occhi sbarrati e non riesce a parlare", "Non riesce a muovere una parte del corpo", "Parla con la bocca impastata", "Mi gira la testa".

### CRITERI GENERALI

La sintomatologia neurologica può essere sostenuta da un problema ischemico o emorragico: ai fini della determinazione della criticità di intervento, però, non è importante stabilire la natura dell'ictus.

Il danno cerebrale secondario risente profondamente della tempestività con cui viene instaurata la terapia specifica. Riconoscere precocemente i sintomi dell'ictus è pertanto fondamentale per poter inviare una risposta pre-ospedaliera tempestiva ed adeguata che porti a ricoverare il paziente in un ospedale appropriato nel minor tempo possibile.

L'American Stroke Association suggerisce, per il triage telefonico, l'adozione del seguente questionario:

- Si è verificata improvvisa debolezza o intorpidimento di faccia, braccio, gamba?
- E' comparso improvvisamente stato confusionale?
- Ha difficoltà a parlare o a comprendere?
- Si è verificata improvvisa difficoltà a camminare, perdita di equilibrio o della coordinazione?
- Si è verificata difficoltà persistente a vedere con uno, o entrambi, gli occhi?

La presenza di almeno una risposta affermativa è indicativa di sospetto evento cerebrovascolare acuto.

Le persone anziane sono predisposte all'insorgenza di ictus a causa della presenza concomitante di patologie favorevoli come l'ipertensione arteriosa, il diabete o le aritmie cardiache.

L'assunzione di contraccettivi orali, terapia ormonale sostitutiva o dislipidemie possono favorire l'insorgenza di questa patologia neurologica così come l'assunzione di sostanze stupefacenti che favoriscono l'ipoperfusione cerebrale.

### **Fattori confondenti:**

- Pazienti con intossicazione da monossido di carbonio o in ipoglicemia possono manifestare gli stessi sintomi dell'ictus.
- In altri casi, i sintomi dell'intossicazione acuta etilica possono mascherare quelli dell'ictus.

**ICTUS/PROBLEMI NEUROLOGICI**

**PAROLE CHIAVE**

**Formicolio ad un lato del corpo – Ha la bocca storta - Ha mal di testa e sente un intorpidimento generale – Improvvisamente non vede più - Mi guarda con gli occhi sbarrati e non riesce a parlare – Non riesce a muovere una parte del corpo – Parla con la bocca impastata - Mi gira la testa**

<b>A</b>	<p><b>Risponde se lo chiamate?</b>  <b>Aprire gli occhi se lo chiamate?</b>  <b>Parla?</b></p>
<b>B</b>	<p><b>Respira?</b>  <b>Come respira?</b>  <b>Sente rumori mentre respira? Ha un respiro veloce o affannoso? (Respiro sbuffante/russante)</b></p>
<b>C</b>	<p><b>È molto sudato? Suda freddo?</b>  <b>È molto pallido? Grigiastro?</b>  <b>È più scuro/violaceo in viso rispetto al solito?</b></p>
<b>N</b>	<p>Si è verificata improvvisa paralisi/debolezza/formicolio a faccia, braccio, gamba?          È comparso improvvisamente stato confusionale?          Ha la bocca storta?          Fa fatica a parlare?          Fa fatica a comprendere?          Ha difficoltà a camminare?          Vede male da uno o entrambi gli occhi?          Ha o ha avuto vomito a getto?          Lamenta mal di testa di insorgenza improvvisa e intenso?          Ha o ha avuto convulsioni?</p>
<b>APP</b>	<p><b>Quanti anni ha?</b>  <b>Maschio o femmina?</b>          Era con lui/lei quando è iniziata la sintomatologia?          Se Sì: Da che ora è iniziata la sintomatologia che mi sta riferendo?          Se NO (Se chiamante conosce utente): Quando l'ha visto l'ultima volta?          Cosa stava facendo quando è insorto il segno/sintomo?</p>
<b>APR</b>	<p>Ha qualche malattia nota? (Diabete, cardiopatia, vasculopatie, ipertensione arteriosa)          Ha mai avuto un Ictus/TIA (o sintomatologia analoga) prima d'ora?  <b>Ha avuto traumi recenti?</b>  <b>Assume farmaci?</b></p>

<b>ASSEGNAZIONE CODICE COLORE</b>	
<b>ROSSO</b>	<p>Compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b>            Cefalea improvvisa associata a vomito a getto            Compromissione di <b>N</b> con convulsioni o cefalea improvvisa            Compromissione di <b>N</b> con trauma cranico recente (<math>\leq 24h</math>)</p>
<b>GIALLO</b>	<p>Compromissione di <b>N</b>;            Tempo di insorgenza della sintomatologia non noto            Assenza di informazioni verificabili da terza persona chiamante</p>
<b>VERDE</b>	<p>Senza compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b>, con <u>attuali</u> criteri di esclusione per procedura rivascolarizzante            Sindrome vertiginosa in paziente affetto da Sindrome di Ménière</p>
<b>BIANCO</b>	<p><i>In questo problema non si ritiene opportuno assegnare questo codice colore</i></p>
<b>MMG-CA</b>	<p><i>In questo problema non si ritiene opportuno deviare a MMG-CA</i></p>
<b>CONSIGLIO</b>	<p><i>In questo problema non si ritiene opportuno fornire consigli</i></p>



<b>ICTUS/PROBLEMI NEUROLOGICI</b>		
<b>ELEMENTI DA CONSIDERARE</b>	<b>RAZIONALE DELLE DOMANDE</b>	<b>PATOLOGIE PRINCIPALI PER RICHIESTE DI SOCCORSO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stato di coscienza</li> <li>• Respirazione</li> <li>• Segni di circolo</li> <li>• Stato neurologico</li> <li>• Età</li> <li>• Sesso</li> <li>• Tempo di insorgenza del sintomo</li> <li>• Patologie preesistenti correlabili (diabete, cardiopatia, ipertensione arteriosa, epilessia)</li> <li>• Assunzione di farmaci o droghe</li> <li>• Convulsioni, Vomito, Cefalea</li> </ul>	<p>Indagare compromissione delle funzioni vitali (A, B, C)</p> <p>Identificare un possibile ictus</p> <p>L'efficacia del trattamento dell'ictus è tempo dipendente.</p> <p>Alcune patologie preesistenti e/o l'assunzione di alcuni farmaci o sostanze stupefacenti sono fattori predisponenti all'insorgenza di ictus</p> <p>Sono segni e sintomi suggestivi di ipertensione endocranica</p>	<p>TIA (accidente cerebrovascolare)</p> <p>Ischemia cerebrale</p> <p>Emorragia cerebrale</p> <p>Ipoglicemia</p> <p>Patologie del sistema nervoso centrale o periferico</p> <p>Neoplasie cerebrali primarie o secondarie</p> <p>Patologie neurologiche degenerative</p> <p>Intossicazione da monossido di carbonio</p> <p>Sindrome di Ménière</p>

CONSIGLI PRE ARRIVO	
ISTRUZIONI SANITARIE GENERICHE	ISTRUZIONI TECNICO-LOGISTICHE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RICHIAMARE IN CASO DI VARIAZIONE DELLE CONDIZIONI</b></li> <li>• LASCIARE IL PAZIENTE NELLA POSIZIONE CHE PREFERISCE</li> <li>• NON SOMMINISTRARE LIQUIDI, ALIMENTI O FARMACI</li> <li>• COPRIRE/RIPARARE IL PAZIENTE</li> <li>• NON SPOSTARE PAZIENTE SE NON IN CONDIZIONI DI PERICOLO</li> <li>• ALLENTARE INDUMENTI CHE COSTRINGONO IL PAZIENTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TENERE LIBERO IL TELEFONO FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> <li>• MANDARE QUALCUNO AD ASPETTARE L'AMBULANZA</li> <li>• ACCENDERE LE LUCI ESTERNE (SE BUIO)</li> <li>• APRIRE LA PORTA/AGEVOLARE L'ACCESSO ALLA SCENA</li> <li>• ALLONTANARE EVENTUALI ANIMALI DOMESTICI</li> <li>• RACCOGLIERE I FARMACI DEL PAZIENTE</li> <li>• RACCOGLIERE DOCUMENTAZIONE SANITARIA RECENTE</li> <li>• MANTENERE LA CALMA</li> <li>• RIMANERE CON IL PAZIENTE FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> </ul>
ISTRUZIONI SANITARIE SPECIFICHE	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• SE POSSIBILE, FARE ESEGUIRE STICK GLICEMICO</li> <li>• METTERE IN POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA</li> </ul>	



*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## INTOSSICAZIONE/AVVELENAMENTO

### UTILIZZO SCHEDA

Questa scheda deve essere utilizzata quando il chiamante riferisce l'esposizione, l'inalazione o l'assunzione accidentale oppure volontaria di sostanze potenzialmente letali.

Le parole usate nella chiamata possono essere quindi: "Ha assunto accidentalmente farmaci o sostanze", "Ha assunto droghe/alcool", "Ha respirato sostanze tossiche", "Ha tentato il suicidio con farmaci", "Ha tentato il suicidio con gas di scarico", "Intossicazione da monossido", "Si è intossicato".

### CRITERI GENERALI

L'intossicazione, volontaria o accidentale, può avvenire secondo diverse modalità:

- Ingestione,
- Iniezione,
- Inalazione,
- Contatto cutaneo.

Soprattutto nei casi di tentativo di suicidio è spesso impossibile, nella fase pre-ospedaliera, rilevare con accuratezza la quantità di sostanze assunte e il tempo trascorso. Per questo è opportuno indagare segni e sintomi che la vittima presenta.

Nel caso di una potenziale esposizione a sostanze tossiche, il dispatcher deve individuare tempestivamente il numero di persone coinvolte e cercare di rilevare la sostanza interessata e la sua pericolosità.

Deve essere posta particolare attenzione nel rilevare la presenza sulla scena di pericoli reali o potenziali per gli operatori, al fine di allertare il soccorso tecnico.

**Indicatori di criticità** sono:

- Variazione dello stato di coscienza,
- Grave dispnea
- Evento in azienda a rischio con Piano di Emergenza redatto ai sensi dell'D.Lgs. 26/06/2015, n. 105 (Direttiva Seveso III)

In caso di ingestione accidentale di quantità minime di sostanze potenzialmente pericolose e in assenza di alterazione dei parametri vitali, può essere opportuno invitare il chiamante a contattare direttamente il Centro AntiVeleni di competenza.

**Fattori confondenti:**

- È importante escludere altre patologie (metaboliche, infettivologiche, psichiatriche, cerebrovascolari) i cui sintomi possano essere scambiati per intossicazione acuta;
- Più soggetti che manifestano gli stessi sintomi nello stesso luogo devono far sospettare un'intossicazione.

**INTOSSICAZIONE/AVVELENAMENTO**

**PAROLE CHIAVE**

**Ha assunto accidentalmente farmaci o sostanze - Ha assunto droghe/alcool – Ha respirato sostanze tossiche – Ha tentato il suicidio con farmaci – Ha tentato il suicidio con gas di scarico – Intossicazione da monossido – Si è intossicato**

<b>A</b>	Risponde se lo chiamate? Aprire gli occhi se lo chiamate? Parla?
<b>B</b>	<b>Respira?</b> Come respira? Sente rumori mentre respira? Ha un respiro veloce o affannoso?
<b>C</b>	È molto sudato? Suda freddo? È molto pallido? Grigiastro? È più scuro/violaceo in viso rispetto al solito? Si sente male quando si mette seduto o in piedi?
<b>N</b>	Ha convulsioni? È agitato? È violento? Lamenta cefalea?
<b>APP</b>	<b>Quanti anni ha?</b> <b>Maschio o femmina?</b> <b>Da quanto tempo ha assunto/inalato la sostanza?</b> Sa riferire che cosa ha assunto/inalato? In che quantità? Ha contattato il Centro Antiveleni? Ha vomitato? Lamenta dolore? Ci sono altre persone che stanno male?
<b>APR</b>	<b>Ha qualche malattia nota?</b> <b>Assume farmaci o sostanze?</b>
<b>T</b>	È presente una caldaia all'interno della casa? L'auto è ancora accesa? Ci sono fiamme, incendi ancora in corso? Ci sono sostanze chimiche libere? Ci sono altre fonti di pericolo non in sicurezza?

<b>ASSEGNAZIONE CODICE COLORE</b>	
<b>ROSSO</b>	Compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b> e/o <b>N</b> Più persone intossicate nello stesso luogo con sintomi rilevanti Assunzione di sostanze potenzialmente letali Evento in azienda a rischio di incidente rilevante
<b>GIALLO</b>	Assenza di informazioni verificabili da terza persona chiamante Assunzione di farmaci/sostanze o intossicazione con sintomi, senza compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b> e/o <b>N</b>
<b>VERDE</b>	<i>In questo problema non si ritiene opportuno assegnare questo codice colore</i>
<b>BIANCO</b>	<i>In questo problema non si ritiene opportuno assegnare questo codice colore</i>
<b>MMG-CA</b>	Evidente stato di ebbrezza alcolica con lieve alterazione del sensorio, se accompagnato
<b>CONSIGLIO</b>	Contattare il Centro Anti Veleni in caso di assunzione di sostanza non potenzialmente letale in assenza di sintomatologia

<b>INTOSSICAZIONE/ AVVELENAMENTO</b>		
<b>ELEMENTI DA CONSIDERARE</b>	<b>RAZIONALE DELLE DOMANDE</b>	<b>PATOLOGIE PRINCIPALI PER RICHIESTE DI SOCCORSO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stato di coscienza</li> <li>• Respirazione</li> <li>• Segni di circolo</li> <li>• Stato neurologico</li> <li>• Tempo di insorgenza dei sintomi</li> <li>• Tipo di sostanza assunta/inalata</li> <li>• Numero di persone coinvolte</li> <li>• Presenza di pericoli</li> </ul>	<p>Indagare compromissione delle funzioni vitali (A, B, C)</p> <p>Indagare la presenza di alterazioni neurologiche centrali o periferiche dovute all'eventuale intossicazione</p> <p>La velocità con cui i sintomi compaiono dopo l'esposizione alla sostanza è un indicatore di gravità dell'intossicazione</p> <p>Indagare la tipologia di sostanza per interpretare i sintomi associati. Eventualmente anticipare la chiamata al Centro Antiveleni</p> <p>Dimensionamento dell'evento per organizzare al meglio l'entità della risposta sanitaria e tecnica</p> <p>Indagare la presenza di elementi di pericolo o di un Piano di Emergenza per azienda a rischio, al fine di attivare il soccorso tecnico</p>	<p>Intossicazione da monossido di carbonio</p> <p>Inalazione di fumi</p> <p>Inalazione accidentale di sostanze tossiche</p> <p>Intossicazioni volontarie da farmaci</p> <p>Assunzione volontaria di sostanze pericolose a scopo autolesivo</p> <p>Assunzione incongrua di farmaci</p> <p>Overdose di sostanze stupefacenti</p> <p>Abuso etilico</p> <p>Tossinfezioni alimentari</p> <p>Scenari a rischio (scantinati, serbatoi e simili)</p>

CONSIGLI PRE ARRIVO	
ISTRUZIONI SANITARIE GENERICHE	ISTRUZIONI TECNICO-LOGISTICHE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RICHIAMARE IN CASO DI VARIAZIONE DELLE CONDIZIONI</b></li> <li>• LASCIARE IL PAZIENTE NELLA POSIZIONE CHE PREFERISCE</li> <li>• NON SOMMINISTRARE LIQUIDI, ALIMENTI O FARMACI</li> <li>• COPRIRE/RIPARARE IL PAZIENTE</li> <li>• NON SPOSTARE PAZIENTE SE NON IN CONDIZIONI DI PERICOLO</li> <li>• ALLENTARE INDUMENTI CHE COSTRINGONO IL PAZIENTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TENERE LIBERO IL TELEFONO FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> <li>• MANDARE QUALCUNO AD ASPETTARE L'AMBULANZA</li> <li>• ACCENDERE LE LUCI ESTERNE (SE BUIO)</li> <li>• APRIRE LA PORTA/AGEVOLARE L'ACCESSO ALLA SCENA</li> <li>• ALLONTANARE EVENTUALI ANIMALI DOMESTICI</li> <li>• MANTENERE LA CALMA</li> <li>• RIMANERE CON IL PAZIENTE FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> <li>• SE POSSIBILE, RECUPERARE SCHEDA TECNICA DELLA SOSTANZA</li> </ul>
ISTRUZIONI SANITARIE SPECIFICHE	
<p>SE NON È PERICOLOSO, CHIEDERE AL CHIAMANTE DI RIMANERE SULLA SCENA AL FINE DI RIFERIRE VARIAZIONI/INTEGRAZIONI SULLE CONDIZIONI DEI PAZIENTI E DELLA SCENA.</p> <p>INVITARE A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ALLONTANARSI DALLA SCENA SE PRESENTI PERICOLI E FAR ALLONTANARE GLI ASTANTI</li> <li>• NON MUOVERE IL PAZIENTE A MENO CHE NON SI TROVI IN PERICOLO</li> <li>• VENTILARE IL LUOGO O SPOSTARE IL PAZIENTE DALLO STESSO SE INTOSSICATO DA SOSTANZE VOLATILI PRESENTI NELL'AMBIENTE</li> <li>• <b>AGEVOLARE L'ARRIVO DEI MEZZI DI SOCCORSO NON INTRALCIANDO E SEGNALANDO IL LUOGO</b></li> <li>• SAPER RIFERIRE EVENTUALE SOSTANZA TOSSICA O PERICOLOSA PRESENTE, IDENTIFICANDOLA MEDIANTE TABELLA NIP/KEMLER</li> </ul> <p>APPLICARE PIANO DI EMERGENZA, SE PRESENTE</p>	





*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## MALESSERE GENERICO

### UTILIZZO SCHEDA

Questa scheda deve essere utilizzata quando il chiamante descrive una situazione di malessere o disagio la cui sintomatologia non configura un problema specifico acuto o una criticità.

Le parole chiave usate nella chiamata saranno quindi: "c'è una persona che sta male", "Febbre alta", "Ho qualcosa che non va", "Malfunzionamento/rimozione accidentale catetere vescicale/SNG/PEG/CVC/stomie", "Mi sento "strano", "Non capisco cosa mi sta succedendo", "Non mi sento bene".

### CRITERI GENERALI

La scheda va utilizzata anche per tutte le patologie minori, mediche o traumatiche, in cui il soggetto non presenta alcuna alterazione dei parametri vitali. In caso contrario è necessario utilizzare la scheda specifica.

Rientrano in questa scheda di problema anche le richieste di ricovero o di trasporto del MMG per accertamenti, sostituzioni PEG ecc e/o le richieste generiche che non trovano collocazione nelle altre schede.

**Indicatori di criticità** sono:

- Febbre alta associata a petecchie e/o rigidità nucale

### **Fattori confondenti:**

- L'utente che chiama per un malessere non ben specificato deve essere indagato comunque con cura per individuare l'eventuale presenza di segni/sintomi di criticità, anche se non evidenziati all'esordio della richiesta;
- Se il chiamante sottovaluta i sintomi è necessario che il dispatcher ponga particolare attenzione a non farsi condizionare dalla sua valutazione.

<b>MALESSERE GENERICO/ PROBLEMA NON DIVERSAMENTE CLASSIFICABILE</b>	
<b>PAROLE CHIAVE</b>	
<b>C'è una persona che sta male – Febbre alta - Ho qualcosa che non va – Malfunzionamento/rimozione accidentale catetere vescicale/SNG/PEG/PEG/CVC/stomie - Mi sento "strano" – Non capisco cosa mi sta succedendo – Non mi sento bene –</b>	
<b>A</b>	<p><b>Risponde se lo chiamate?</b>  <b>Aprire gli occhi se lo chiamate?</b>  <b>Parla?</b>  <b>Respira?</b>  <b>Come respira?</b>  <b>Sente rumori mentre respira? Ha un respiro veloce o affannoso?</b></p>
<b>B</b>	<p><b>È molto sudato? Suda freddo?</b>  <b>È molto pallido? Grigiastro?</b>  <b>È più scuro/violaceo in viso rispetto al solito?</b>  <b>Si sente male quando si mette seduto o in piedi?</b></p>
<b>N</b>	<p><b>È agitato?</b>  <b>Quanti anni ha?</b>  <b>Maschio o femmina?</b>            Che disturbi ha/riferisce?  <b>Da quanto tempo è insorto il sintomo?</b>            Ha dolore?            Ha la febbre? Quanta?            È appena rientrato da un viaggio all'estero? Da dove?            Ha eruzioni cutanee?            Ha perdite di sangue?            È stato visitato da un medico?            È seguito dall'ADI?</p>
<b>APP</b>	
<b>APR</b>	
<b>SE COMPROMISSIONE, UTILIZZARE SCHEDA SPECIFICA</b>	

<b>ASSEGNAZIONE CODICE COLORE</b>	
<b>ROSSO</b>	<i>In questo problema non si ritiene opportuno assegnare questo codice colore</i>
<b>GIALLO</b>	Assenza di informazioni verificabili da terza persona chiamante Febbre > 38,5°C associata a petecchie e/o rigidità nucale
<b>VERDE</b>	Febbre > 38,5°C in paziente rientrato da meno di tre settimane da Paese tropicale o da Paese con epidemia in atto (vedere protocollo specifico) Febbre > 38,5°C in paziente leucemico
<b>BIANCO</b>	Richiesta di ricovero del MMG per accertamenti
<b>MMG-CA</b>	Sintomi influenzali (mal di gola, tosse, brivido, naso chiuso, polimialgie) Nausea e/o vomito e/o diarrea senza altri sintomi Stipsi Odontalgia Otalgia Congiuntivite Eruzioni cutanee localizzate Disturbi genito-urinari Dolori articolari/crampi o spasmi muscolari Emorroidi Singhiozzo
<b>CONSIGLIO</b>	Recarsi in Pronto Soccorso in caso di oggetti o corpi estranei rimasti in naso, orecchio, vagina, retto, pene

**MALESSERE GENERICO/ PROBLEMA NON DIVERSAMENTE CLASSIFICABILE**

ELEMENTI DA CONSIDERARE	RAZIONALE DELLE DOMANDE	PATOLOGIE PRINCIPALI PER RICHIESTE DI SOCCORSO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stato di coscienza</li> <li>• Respirazione</li> <li>• Segni di circolo</li>   <li>• APP-APR</li> </ul>	<p>Indagare compromissione delle funzioni vitali (A, B, C).</p> <p>Individuazione di un problema specifico non altrimenti classificabile all'interno di altre schede</p>	<p>Sintomi influenzali</p> <p>Nausea/Vomito/Diarrea</p> <p>Stipsi</p> <p>Odontalgia</p> <p>Otalgia</p> <p>Congiuntivite</p> <p>Eruzioni cutanee localizzate</p> <p>Disturbi genito-urinari</p> <p>Dolori articolari/crampi o spasmi muscolari</p> <p>Emorroidi</p> <p>Singhiozzo</p> <p>Malfunzionamento di Catetere vescicale/SNG/PEG/CVC/stomie</p> <p>Rimozione accidentale di Catetere vescicale/SNG/PEG/CVC/stomie</p> <p>Oggetti o corpi estranei rimasti in naso, orecchio, vagina, retto, pene</p> <p>Meningite</p> <p>Febbre malarica e altre febbri tropicali</p> <p>Leucemia acuta</p>

CONSIGLI PRE ARRIVO	
ISTRUZIONI SANITARIE GENERICHE	ISTRUZIONI TECNICO-LOGISTICHE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RICHIAMARE IN CASO DI VARIAZIONE DELLE CONDIZIONI</b></li> <li>• LASCIARE IL PAZIENTE NELLA POSIZIONE CHE PREFERISCE</li> <li>• NON SOMMINISTRARE LIQUIDI, ALIMENTI O FARMACI</li> <li>• COPRIRE/RIPARARE IL PAZIENTE</li> <li>• NON SPOSTARE PAZIENTE SE NON IN CONDIZIONI DI PERICOLO</li> <li>• ALLENTARE INDUMENTI CHE COSTRINGONO IL PAZIENTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TENERE LIBERO IL TELEFONO FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> <li>• MANDARE QUALCUNO AD ASPETTARE L'AMBULANZA</li> <li>• ACCENDERE LE LUCI ESTERNE (SE BUIO)</li> <li>• APRIRE LA PORTA/AGEVOLARE L'ACCESSO ALLA SCENA</li> <li>• ALLONTANARE EVENTUALI ANIMALI DOMESTICI</li> <li>• RACCOGLIERE I FARMACI DEL PAZIENTE</li> <li>• RACCOGLIERE DOCUMENTAZIONE SANITARIA RECENTE</li> <li>• MANTENERE LA CALMA</li> <li>• RIMANERE CON IL PAZIENTE FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> </ul>
ISTRUZIONI SANITARIE SPECIFICHE	



*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## PERDITA DI COSCIENZA

### UTILIZZO SCHEDA

Questa scheda deve essere utilizzata quando il chiamante riferisce improvvisa perdita di conoscenza, con eventuale caduta a terra.

Le parole chiave usate nella chiamata possono essere quindi: "Caduto (improvvisamente) a terra", "Non risponde più", "Non si muove", "Ha perso conoscenza", "Sembra morto", "Svenuto", "Trovato a terra".

### CRITERI GENERALI

La perdita di coscienza è quasi sempre una situazione critica, indipendentemente dal meccanismo con cui si è instaurata. Tuttavia è utile ricordare quali sono le principali cause che possono portare il paziente allo stato di incoscienza:

- Episodio sincopale,
- Arresto cardiaco,
- Ipoperfusione cerebrale provocata da compromissione del sistema cardiovascolare o emorragia,
- Insufficienza respiratoria,
- Problemi neurologici come ictus, epilessia, recente trauma cranico, neoplasie cerebrali,
- Gravidanza ectopica,
- Problemi metabolici,
- Intossicazioni.

Informazioni sui sintomi che hanno preceduto la perdita di coscienza possono orientare sulla possibile causa. Ciò è importante nel caso in cui il paziente si riprenda, al fine di individuare il corretto livello di risposta. In tal caso considerare anche l'utilizzo della scheda specifica.

Una persona incosciente va considerata in arresto cardiaco in assenza di informazioni sull'attività respiratoria.



<b>PERDITA DI COSCIENZA</b>	
<b>PAROLE CHIAVE</b>	
<b>Caduto (improvvisamente) a terra – Non risponde più – Non si muove – Perso conoscenza – Sembra morto – Svenuto – Trovato a terra</b>	
<b>A</b>	<p><b>Risponde se lo chiamate?</b>  <b>Apre gli occhi se lo chiamate?</b>  <b>Parla?</b></p>
<b>B</b>	<p><b>Respira?</b>  <b>Come respira?</b>  <b>Sente rumori mentre respira? Ha un respiro veloce o affannoso?</b>                      Descrivimi come respira il paziente (<i>Il respiro agonico può essere descritto come: Boccheggiante, Ansimante, Russante, Sbuffante, Gorgogliante, Mugugnante, Un filo di respiro, Respira una volta ogni tanto, Ha respirato prima ed ora no</i>)                      Dimmi ora ogni volta che respira (<i>Comprendere la frequenza respiratoria</i>) <b>(Considera scheda ARRESTO CARDIACO)</b></p>
<b>C</b>	<p><b>È molto sudato? Suda freddo?</b>  <b>È molto pallido? Grigiastro?</b>  <b>È più scuro/violaceo in viso rispetto al solito?</b>  <b>Si sente male quando si mette seduto o in piedi?</b></p>
<b>N</b>	<p><b>È agitato?</b>                      Ha perso conoscenza o stava per perderla?                      È confuso? Tende ad assopirsi?                      Vede che non muove qualche parte del corpo? Ha mal di testa? <b>(Considera scheda ICTUS/PROBLEMI NEUROLOGICI)</b>                      Ha avuto convulsioni? <b>(Considera scheda CONVULSIONI)</b></p>
<b>APP</b>	<p><b>Quanti anni ha?</b>  <b>Maschio o femmina?</b>                      Cosa stava facendo?                      C'è una caldaia/caminetto/scaldabagno a combustione in casa/nel locale? Ci sono altre persone che stanno male? <b>(Considera scheda INTOSSICAZIONE/INALAZIONE DI SOSTANZE)</b>                      Ha febbre?                      Ha dolore toracico?                      È in gravidanza? <b>(Considera scheda GRAVIDANZA/PARTO)</b>                      Si sta riprendendo o è ancora svenuto?</p>
<b>APR</b>	<p>È diabetico? <b>(Considera scheda DIABETE)</b>  <b>Ha qualche malattia nota?</b>  <b>Ha avuto traumi recenti?</b>  <b>Assume farmaci?</b></p>

<b>ASSEGNAZIONE CODICE COLORE</b>	
<b>ROSSO</b>	<p>Inconsciente alla fine della telefonata                      Compromissione di <b>B</b> e/o <b>C</b>                      Cefalea intensa e/o vomito improvviso                      Crisi convulsiva ancora in corso alla fine della telefonata                      Dolore toracico</p>
<b>GIALLO</b>	<p>Stato confusionale senza altri sintomi neurologici                      Crisi convulsiva terminata con paziente in miglioramento                      Ripresa della coscienza in cardiopatico o diabetico insulinodipendente                      Più episodi sincopali</p>
<b>VERDE</b>	<p>Singolo episodio sincopale, si è ripreso, nessun altro sintomo</p>
<b>BIANCO</b>	<p><i>In questo problema non si ritiene opportuno assegnare questo codice colore</i></p>
<b>MMG-CA</b>	<p>Singolo episodio sincopale, età &lt;35 aa, lucido, orientato, può camminare, rifiuta ambulanza, consiglio di rivolgersi a MMG-CA</p>
<b>CONSIGLIO</b>	<p><i>In questo problema non si ritiene opportuno fornire consigli</i></p>

<b>PERDITA DI COSCIENZA</b>		
<b>ELEMENTI DA CONSIDERARE</b>	<b>RAZIONALE DELLE DOMANDE</b>	<b>PATOLOGIE PRINCIPALI PER RICHIESTE DI SOCCORSO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stato di coscienza</li> <li>• Respirazione</li> <li>• Segni di circolo</li> </ul>	<p>Indagare compromissione delle funzioni vitali (A, B, C)</p> <p>Possibile ictus/crisi epilettica</p> <p>In età pediatrica alta probabilità di crisi convulsiva in concomitanza a febbre.</p> <p>Nella donna in età fertile, con dolore addominale, considerare gravidanza ectopica</p> <p>Complicanza tardiva legata ad un trauma</p>	<p>Arresto cardiocircolatorio</p> <p>Aritmie</p> <p>Ipotensione/Shock</p> <p>Ipossia</p> <p>Ipercapnia</p> <p>Ostruzione vie aeree</p> <p>Convulsioni</p> <p>Ictus</p> <p>Tumori cerebrali</p> <p>Trauma cranico</p> <p>Ipertermia/Ipotermia</p> <p>Diabete</p> <p>Squilibri idro-elettrolitici</p> <p>Intossicazione da monossido di carbonio/altre sostanze</p> <p>Assunzione di farmaci/stupefacenti/alcool</p> <p>Elettrocuzione</p> <p>Problemi psichiatrici</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumi recenti</li> </ul>	<p>Nel diabetico insulino-dipendente possibile ipoglicemia</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patologie preesistenti</li> </ul>	<p>Possibile inalazione di sostanze tossiche</p> <p>Possibile assunzione di farmaci/stupefacenti</p> <p>Possibile elettrocuzione</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contesto ambientale</li> </ul>		

CONSIGLI PRE ARRIVO	
ISTRUZIONI SANITARIE GENERICHE	ISTRUZIONI TECNICO-LOGISTICHE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RICHIAMARE IN CASO DI VARIAZIONE DELLE CONDIZIONI</b></li> <li>• LASCIARE IL PAZIENTE NELLA POSIZIONE CHE PREFERISCE</li> <li>• NON SOMMINISTRARE LIQUIDI, ALIMENTI O FARMACI</li> <li>• COPRIRE/RIPARARE IL PAZIENTE</li> <li>• NON SPOSTARE PAZIENTE SE NON IN CONDIZIONI DI PERICOLO</li> <li>• ALLENTARE INDUMENTI CHE COSTRINGONO IL PAZIENTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TENERE LIBERO IL TELEFONO FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> <li>• MANDARE QUALCUNO AD ASPETTARE L'AMBULANZA</li> <li>• ACCENDERE LE LUCI ESTERNE (SE BUIO)</li> <li>• APRIRE LA PORTA/AGEVOLARE L'ACCESSO ALLA SCENA</li> <li>• ALLONTANARE EVENTUALI ANIMALI DOMESTICI</li> <li>• RACCOGLIERE I FARMACI DEL PAZIENTE</li> <li>• RACCOGLIERE DOCUMENTAZIONE SANITARIA RECENTE</li> <li>• MANTENERE LA CALMA</li> <li>• RIMANERE CON IL PAZIENTE FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> </ul>
ISTRUZIONI SANITARIE SPECIFICHE	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• SE SOSPETTO DI INTOSSICAZIONE DA MONOSSIDO DI CARBONIO ARIEGGIARE L'AMBIENTE ED USCIRE</li> <li>• SE INCOSCIENTE E NON RESPIRA, DARE <b>IPA ARRESTO CARDIACO</b></li> <li>• SE SI È RIPRESO INVITARLO A RIMANERE DISTESO</li> <li>• SE VOMITA, METTERE IN POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA</li> <li>• NON LASCIARE SOLO IL PAZIENTE E PREPARARSI AD ESEGUIRE UNA RCP</li> </ul>	



*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## PROBLEMI CARDIACI

### UTILIZZO SCHEDA

Questa scheda deve essere utilizzata quando il chiamante riferisce, spesso in modo non specifico, problemi a carico dell'apparato cardiovascolare.

Le parole chiave usate nella chiamata possono essere quindi: "Aritmia", "Cardiopalmò", "Crisi ipertensiva", "Scarica defibrillatore (ICD)", "Senso di palpitazione".

### CRITERI GENERALI

I problemi cardiaci descritti dal chiamante di solito riportano sintomi diversi dal dolore toracico tipico. Molto spesso il paziente è un cardiopatico noto, in terapia farmacologica o con storia di intervento cardiocirurgico.

**Indicatori di criticità** sono:

- Scarica ICD. Il defibrillatore impiantato può avere rilasciato una o più scariche dopo avere rilevato un ritmo cardiaco anormale. Scariche multiple dell'ICD costituiscono un'emergenza anche se il paziente non riporta alterazioni dei parametri vitali.

### **Fattori confondenti**

Talvolta il dolore da insufficienza coronarica acuta si presenta in modo atipico e potrebbe essere sottovalutato, presentandosi nelle seguenti forme:

- Dolore toracico regredito,
- Dolore agli arti superiori, mascella, collo e/o dorso,
- Senso di costrizione,
- Senso di peso,
- Senso di oppressione toracica,
- Formicolio,
- Debolezza.

In altri casi, pazienti ansiosi lamentano sintomi a livello cardiaco, dalle aritmie al dolore toracico fino alla dispnea, nel caso degli attacchi di panico. Tuttavia è opportuno non sottovalutare la possibilità che la sintomatologia sia sostenuta da un grave problema cardiovascolare.

<b>PROBLEMI CARDIACI</b>	
<b>PAROLE CHIAVE</b>	
<b>Aritmia – Cardiopalmo – Crisi Ipertensiva – Scarica defibrillatore (ICD) - Senso di palpitazione</b>	
<b>A</b>	<p><b>Risponde se lo chiamate?</b>  <b>Aprire gli occhi se lo chiamate?</b>  <b>Parla?</b></p>
<b>B</b>	<p><b>Respira?</b>  <b>Come respira?</b>  <b>Sente rumori mentre respira? Ha un respiro veloce o affannoso?</b></p>
<b>C</b>	<p><b>È molto sudato? Suda freddo?</b>  <b>È molto pallido? Grigiastro?</b>  <b>È più scuro/violaceo in viso rispetto al solito?</b>                      Si sente male quando si mette seduto o in piedi?</p>
<b>N</b>	<p>È agitato?</p>
<b>APP</b>	<p><b>Quanti anni ha?</b>  <b>Maschio o femmina?</b>  <b>Da quanto tempo è insorto il sintomo?</b>                      Accusa dolore? Dove è localizzato? (<b>Considera scheda DOLORE TORACICO</b>)                      Cosa stava facendo quando è insorto il sintomo?                      E' portatore di dispositivo impiantato? (Defibrillatore, Pacemaker)                      Il defibrillatore ha scaricato recentemente?                      Ha misurato la pressione arteriosa?</p>
<b>APR</b>	<p><b>Ha qualche malattia nota? (Diabete, cardiopatia, ipertensione arteriosa)</b>  <b>Assume farmaci?</b>                      Ha assunto droghe?</p>

<b>ASSEGNAZIONE CODICE COLORE</b>	
<b>ROSSO</b>	Compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b> e/o <b>N</b> Scarica del defibrillatore
<b>GIALLO</b>	Dolore toracico e/o epigastrico in assenza di altri sintomi Sensazione di cardiopalmo in assenza di altri sintomi, con età >35 anni Aritmia accertata (FC <40 b/m o >130 b/m) in assenza di altri sintomi Crisi ipertensiva (>180/120 mmHg) senza altri sintomi Cardiopatico noto Assunzione di sostanze da abuso Diabetico
<b>VERDE</b>	Sensazione di cardiopalmo in assenza di altri sintomi, con età <35 anni
<b>BIANCO</b>	<i>In questo problema non si ritiene opportuno assegnare questo codice colore</i>
<b>MMG-CA</b>	PAO <180/120 mmHg in assenza di altri sintomi
<b>CONSIGLIO</b>	<i>In questo problema non si ritiene opportuno fornire consigli</i>



<b>PROBLEMI CARDIACI</b>		
<b>ELEMENTI DA CONSIDERARE</b>	<b>RAZIONALE DELLE DOMANDE</b>	<b>PATOLOGIE PRINCIPALI PER RICHIESTE DI SOCCORSO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stato di coscienza</li> <li>• Respirazione</li> <li>• Segni di circolo</li>   <li>• Stato neurologico</li>   <li>• Età/ Sesso</li>   <li>• Modalità di insorgenza del sintomo</li> </ul>	<p>Indagare compromissione delle funzioni vitali (A, B, C)</p> <p>L'agitazione può essere un sintomo di ipossia</p> <p>Soggetti con età &gt; 35 anni, hanno più probabilità di essere affetti da cardiopatia ischemica</p> <p>Attività fisica intensa</p> <p>Assunzione di sostanze d'abuso</p> <p>Stress emotivo</p>	<p>Aritmie</p> <p>IMA</p> <p>Ipertensione arteriosa</p> <p>Embolia polmonare</p> <p>Scompenso cardiaco</p> <p>Edema polmonare</p> <p>Aneurismi e dissezioni dell'aorta</p> <p>Tamponamento cardiaco</p> <p>Malfunzionamento/Attivazione PM o ICD</p> <p>Assunzione di farmaci/stupefacenti</p>

CONSIGLI PRE ARRIVO	
ISTRUZIONI SANITARIE GENERICHE	ISTRUZIONI TECNICO-LOGISTICHE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RICHIAMARE IN CASO DI VARIAZIONE DELLE CONDIZIONI</b></li> <li>• LASCIARE IL PAZIENTE NELLA POSIZIONE CHE PREFERISCE</li> <li>• NON SOMMINISTRARE LIQUIDI, ALIMENTI O FARMACI</li> <li>• COPRIRE/RIPARARE IL PAZIENTE</li> <li>• NON SPOSTARE PAZIENTE SE NON IN CONDIZIONI DI PERICOLO</li> <li>• ALLENTARE INDUMENTI CHE COSTRINGONO IL PAZIENTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TENERE LIBERO IL TELEFONO FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> <li>• MANDARE QUALCUNO AD ASPETTARE L'AMBULANZA</li> <li>• ACCENDERE LE LUCI ESTERNE (SE BUIO)</li> <li>• APRIRE LA PORTA/AGEVOLARE L'ACCESSO ALLA SCENA</li> <li>• ALLONTANARE EVENTUALI ANIMALI DOMESTICI</li> <li>• RACCOGLIERE I FARMACI DEL PAZIENTE</li> <li>• RACCOGLIERE DOCUMENTAZIONE SANITARIA RECENTE</li> <li>• MANTENERE LA CALMA</li> <li>• RIMANERE CON IL PAZIENTE FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> </ul>
ISTRUZIONI SANITARIE SPECIFICHE	



*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## PROBLEMI PSICHIATRICI/MINACCIA DI SUICIDIO

### UTILIZZO SCHEDA

Questa scheda deve essere utilizzata quando il chiamante richiede soccorso per un soggetto che manifesta sintomi di natura psichiatrica o una qualsiasi condizione di sofferenza psichica.

Le parole usate dal chiamante possono essere: "Escandescenze", "Malato di mente", "Matto", "Minaccia", "Psichiatrico", "Rompe tutto", "Urla", "Vuole uccidersi".

### CRITERI GENERALI

È necessario un intervento immediato quando dalla chiamata si evince una condizione di pericolo per il soggetto o per altre persone.

Deve essere considerata la possibilità che il personale sanitario che interviene si trovi ad affrontare un paziente violento o pericoloso.

È importante raccogliere più informazioni possibili sul soggetto, in particolare se la chiamata è effettuata dai congiunti. Deve essere accertato se il paziente sia affetto da malattia psichiatrica nota, nel cui caso è opportuno contattare il centro di salute mentale presso il quale è o è stato seguito.

#### **Fattori confondenti:**

- Alterazioni del comportamento di natura psichica possono manifestarsi anche come conseguenza di patologia organica (ictus, neoplasia cerebrale), decadimenti cognitivi, alterazioni metaboliche, trauma o intossicazione.

#### **Situazioni critiche:**

Devono essere considerate critiche tutte le situazioni in cui viene segnalato o è ipotizzabile un comportamento auto/etero aggressivo. Tale comportamento può essere già in atto o manifestarsi in maniera improvvisa, per cui è necessario valutare attentamente tutte le richieste per minaccia di suicidio o paziente violento.

Il rischio è più elevato in caso di possibile disponibilità di armi proprie o improprie o in presenza di palesi tentativi di aggressione o autolesione grave.

Nella valutazione devono essere considerati eventuali comportamenti aggressivi/autolesivi precedenti.

Quando il paziente è in pericolo, è necessario fornire agli astanti istruzioni per la sicurezza, in attesa dell'arrivo delle forze dell'ordine.

Nei casi in cui il paziente richieda un immediato trattamento sanitario si configura uno stato di necessità che giustifica l'adozione di provvedimenti immediati anche contro la volontà del paziente.

**PROBLEMI PSICHIATRICI/MINACCIA DI SUICIDIO**

**PAROLE CHIAVE**

**Escandescenze – Malato di mente – Matto – Minaccia – Psichiatrico – Rompe tutto – Urla - Vuole uccidersi**

<b>D/S</b>	<p>Cosa sta facendo adesso?          Sta compiendo atti violenti? Minaccia di compiere atti violenti?          Ha a disposizione armi? Sta usando armi improprie?          Si è ferito? Ha ferito qualcuno?          Dove si trova in questo momento? E' possibile accedere al luogo in cui si trova?          È successo qualcosa che ha provocato questo comportamento?</p>
<b>A</b>	<p><b>Risponde se lo chiamate?</b>  <b>Aprire gli occhi se lo chiamate?</b>  <b>Parla?</b></p>
<b>B</b>	<p><b>È molto sudato? Suda freddo?</b>  <b>È molto pallido? Grigiastro?</b>  <b>Sente rumori mentre respira? Ha un respiro veloce o affannoso?</b></p>
<b>C</b>	<p><b>È sudato?</b>  <b>È pallido?</b>  <b>È più scuro/violaceo in viso rispetto al solito?</b>  <b>Si sente male quando si mette seduto o in piedi?</b></p>
<b>N</b>	<p>È tranquillo o è agitato?          Riuscite a tranquillizzarlo o contenerlo?</p>
<b>APP</b>	<p>È un comportamento abituale o è la prima volta?  <b>Quanti anni ha?</b>  <b>Maschio o femmina?</b>  <b>Da quanto tempo è insorto il sintomo?</b>          Se paziente allontanatosi da SPDC, CSM o CTRP: altezza, corporatura, descrizione del vestiario, segni particolari</p>
<b>APR</b>	<p>È una persona che soffre di problemi mentali? Da chi è seguito?  <b>Ha qualche malattia nota?</b>  <b>Assume farmaci?</b></p>
<b>T</b>	

<b>ASSEGNAZIONE CODICE COLORE</b>	
<b>ROSSO</b>	<p>Compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b>                      Concreta minaccia di autolesioni gravi o suicidio                      Minaccia ad altre persone con armi</p>
<b>GIALLO</b>	<p>Agitazione psicomotoria non controllabile da astanti                      Minaccia ad altre persone senza armi                      Autolesioni non potenzialmente letali                      Richiesta delle Forze dell'Ordine per paziente con comportamenti violenti sotto il loro controllo</p>
<b>VERDE</b>	<p>All'aperto, incapace di badare a se stesso, assenza di comportamenti violenti e di rischi immediati                      Agitazione psicomotoria controllabile da astanti                      TSO con documentazione pronta, Forze dell'Ordine e Medico sul posto</p>
<b>BIANCO</b>	<p>Malattia mentale scompensata, paziente consenziente, richiesta di ricovero da parte del MMG o del CSM, non trasportabile con altri mezzi</p>
<b>MMG-CA - CSM</b>	<p>Paziente psichiatrico noto che richiede contatto con il CSM                      Paziente psichiatrico noto che non dispone dei farmaci prescritti                      Paziente psichiatrico noto con iniziale riacutizzazione della sintomatologia</p>
<b>CONSIGLIO</b>	<p>Richiesta di ascolto                      Disagio generico, non riesce a dormire</p>

<b>PROBLEMI PSICHIATRICI/MINACCIA DI SUICIDIO</b>		
<b>ELEMENTI DA CONSIDERARE</b>	<b>RAZIONALE DELLE DOMANDE</b>	<b>PATOLOGIE PRINCIPALI PER RICHIESTE DI SOCCORSO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinamica e situazione</li> <li>• Eventuali traumi</li> <li>• Stato di coscienza</li> <li>• Respirazione</li> <li>• Segni di circolo</li> <li>• Stato neurologico</li> <li>• Anamnesi psichiatrica</li> <li>• Anamnesi patologica remota</li> </ul>	<p>Inquadrare la scena e l'accessibilità al paziente, identificare le modalità di insorgenza del comportamento. Stabilire se il paziente risulti pericoloso per se stesso e/o per le altre persone che sono vicine al fine dell'eventuale attivazione di soccorso tecnico/Forze dell'Ordine</p> <p>Identificare se utente si è auto lesionato o ha intenzioni auto lesive e determinare l'eventuale gravità delle lesioni ed il potenziale rischio evolutivo</p> <p>Indagare compromissione delle funzioni vitali (A, B, C)</p> <p>Indagare se il paziente è tranquillizzabile e contenibile tramite colloquio verbale e se ha assunto/abusato di sostanze</p> <p>Indagare se paziente noto, in cura, in carico a struttura psichiatrica o se si tratta del primo episodio</p> <p>Presenza di patologia preesistente o assunzione di sostanze che simulino sintomatologia di scompenso psichiatrico</p>	<p>Scompenso di patologia psichiatrica preesistente</p> <p>Esordio di disturbo psichiatrico</p> <p>Ideazione suicidaria</p> <p>Autolesionismo</p> <p>Attacchi di panico</p> <p>Crisi d'ansia</p> <p>Delirium tremens</p> <p>Demenza</p> <p>Disturbi correlati all'uso di farmaci e/o sostanze</p> <p>Disturbi del sonno</p> <p>Trauma cranico</p> <p>Ictus ischemico/emorragico</p> <p>Diabete</p> <p>Neoplasie cerebrali</p> <p>Epilessie</p>

## CONSIGLI PRE ARRIVO

ISTRUZIONI SANITARIE GENERICHE	ISTRUZIONI TECNICO-LOGISTICHE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RICHIAMARE IN CASO DI VARIAZIONE DELLE CONDIZIONI</b></li> <li>• LASCIARE IL PAZIENTE NELLA POSIZIONE CHE PREFERISCE</li> <li>• NON SOMMINISTRARE LIQUIDI, ALIMENTI O FARMACI</li> <li>• COPRIRE/RIPARARE IL PAZIENTE</li> <li>• NON SPOSTARE PAZIENTE SE NON IN CONDIZIONI DI PERICOLO</li> <li>• ALLENTARE INDUMENTI CHE COSTRINGONO IL PAZIENTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TENERE LIBERO IL TELEFONO FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> <li>• MANDARE QUALCUNO AD ASPETTARE L'AMBULANZA</li> <li>• ACCENDERE LE LUCI ESTERNE (SE BUIO)</li> <li>• APRIRE LA PORTA/AGEVOLARE L'ACCESSO ALLA SCENA</li> <li>• ALLONTANARE EVENTUALI ANIMALI DOMESTICI</li> <li>• RACCOGLIERE I FARMACI DEL PAZIENTE</li> <li>• RACCOGLIERE DOCUMENTAZIONE SANITARIA RECENTE</li> <li>• MANTENERE LA CALMA</li> <li>• RIMANERE CON IL PAZIENTE FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> </ul>
ISTRUZIONI SANITARIE SPECIFICHE	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• SE IL PAZIENTE È AGGRESSIVO E/O PERICOLOSO, STARE A DISTANZA ED ATTENDERE L'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> <li>• SE HA DISPONIBILI IN CASA FARMACI PRESCRITTI DALLO SPECIALISTA DA ASSUMERE AL BISOGNO, INVITARE ALL'UTILIZZO</li> </ul>	





*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## PROBLEMI RESPIRATORI

### UTILIZZO SCHEDA

Questa scheda deve essere utilizzata quando il chiamante riferisce difficoltà respiratorie.

Le parole usate nella chiamata possono essere quindi: "Fa fatica a respirare", "Gli manca il fiato", "Ha difficoltà respiratoria", "Non ce la fa più a respirare", "Non riesce a respirare", "Sta soffocando".

### CRITERI GENERALI

La difficoltà respiratoria o dispnea è una sensazione soggettiva di respiro alterato e faticoso. Le cause scatenanti possono essere mediche, traumatiche, chimiche o psichiche.

Durante la chiamata può non essere facile determinare il grado di dispnea del paziente. A questo fine può essere utile, se possibile, parlarvi direttamente.

#### **Indicatori di criticità** (rilevabili alla telefonata):

- Assunzione della posizione semi-seduta,
- Aumento della frequenza respiratoria (>30 atti al minuto),
- Difficoltà a completare frasi,
- Respiro rumoroso,
- Cambiamento del tono della voce.

#### **Fattori confondenti:**

- Pazienti ansiosi possono lamentare sintomi respiratori, come nel caso degli attacchi di panico. Tuttavia è opportuno non sottovalutare la possibilità che la sintomatologia sia sostenuta da un grave problema respiratorio o cardiovascolare.
- Non sottovalutare il tempo di insorgenza della dispnea nei pazienti con patologie respiratorie croniche.

PROBLEMI RESPIRATORI	
PAROLE CHIAVE	
Fa fatica a respirare – Gli manca il fiato - Ha difficoltà respiratoria – Non ce la fa più a respirare – Non riesce a respirare – Sta soffocando	
<b>A</b>	<p><b>Risponde se lo chiamate?</b>  <b>Apre gli occhi se lo chiamate?</b>  <b>Parla?</b></p>
<b>B</b>	<p><b>Respira?</b>  <b>Se NO:</b> Sta soffocando? Il torace si sta muovendo? Secondo lei il torace si sta muovendo/espandendo normalmente?  <b>Se SOFFOCAMENTO passare a IPA SOFFOCAMENTO</b>  <b>Se SÌ:</b>  <b>Come respira?</b>  <b>Sente rumori mentre respira?</b> (Presenza di sibili/fischi, respiro sbuffante/russante/gorgogliante)  <b>Ha un respiro veloce o affannoso?</b>                      Riesce a parlare normalmente o deve interrompersi a riprendere fiato? Ha cambiato il tono della voce? (Soprattutto se è bambino);                      In quale posizione sente di respirare meglio?                      Da quanto tempo fatica a respirare? Se cronico: Cos'è cambiato rispetto al solito?                      La difficoltà respiratoria è iniziata improvvisamente?</p>
<b>C</b>	<p><b>È molto sudato? Suda freddo?</b>  <b>È molto pallido? Grigiastro?</b>  <b>È più scuro/violaceo in viso rispetto al solito?</b>  <b>Si sente male se si mette seduto o in piedi?</b></p>
<b>N</b>	<p>Tende ad assopirsi?                      È agitato?</p>
<b>APP</b>	<p><b>Quanti anni ha?</b>  <b>Maschio o femmina?</b>                      Ha dolore in qualche zona del corpo?                      Ha formicolio agli arti/viso, le mani paralizzate (segno di Trousseau)?                      Cosa stava facendo quando ha iniziato a respirare male? (Valutare eventuale contatto con allergeni)                      Parto recente, traumi recenti con apparecchi di immobilizzazione, recenti interventi chirurgici, recenti lunghi viaggi in posizione seduta?                      Inalazione sostanze tossiche? (<b>Considera scheda INTOSSICAZIONE/AVVELENAMENTO</b>)</p>
<b>APR</b>	<p><b>Ha qualche malattia nota?</b> (Cardiopatie, Patologie neurologiche degenerative; Patologie respiratorie croniche, BPCO, Enfisema polmonare, Fibrosi polmonare)  <b>Assume farmaci o droghe?</b>                      Ha allergie note?</p>

<b>ASSEGNAZIONE CODICE COLORE</b>	
<b>ROSSO</b>	<p>Compromissione di <b>A</b> e/o <b>C</b> e/o <b>N</b>                      Soffocamento                      Gravi difficoltà respiratorie (Rumori respiratori marcati, Ortopnea, Incapacità a parlare normalmente, Tosse abbaiante/cambiamento del tono di voce nei bambini)                      Dolore toracico</p>
<b>GIALLO</b>	<p>Difficoltà respiratoria senza compromissione di <b>A</b> e/o <b>C</b> e/o <b>N</b>                      Iperventilazione con formicolio agli arti/viso e segno di Trousseau (primo episodio)</p>
<b>VERDE</b>	<p>Iperventilazione con formicolio agli arti/viso e segno di Trousseau, in pazienti che riferiscono di soffrire di attacchi di panico ed affermano che la sintomatologia respiratoria è la stessa delle crisi già avvenute in precedenza</p>
<b>BIANCO</b>	<p>Difficoltà respiratoria senza compromissione di <b>A</b> e/o <b>C</b> e/o <b>N</b>, in paziente non deambulante valutato da MMG-CA per il quale è richiesto ricovero per accertamenti                      Bombola di ossigeno in esaurimento in paziente non deambulante senza compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b> e/o <b>N</b></p>
<b>MMG-CA</b>	<p>Raffreddore, Rinite allergica</p>
<b>CONSIGLIO</b>	<p><i>In questo problema non si ritiene opportuno fornire consigli</i></p>

PROBLEMI RESPIRATORI		
ELEMENTI DA CONSIDERARE	RAZIONALE DELLE DOMANDE	PATOLOGIE PRINCIPALI PER RICHIESTE DI SOCCORSO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stato di coscienza</li> <li>• Respirazione</li> <li>• Segni di circolo</li> <li>• Rumori respiratori</li> <li>• Frequenza respiratoria</li> <li>• Difficoltà a completare frasi</li> <li>• Cambiamento del tono di voce</li> <li>• Posizione ortopnoica</li> <li>• Tempo di insorgenza della dispnea</li> <li>• Stato neurologico</li> <li>• Iperventilazione con formicolio agli arti/viso e segno di Trousseau</li> <li>• Parto recente, assunzione pillola anticoncezionale, traumi recenti con apparecchi di immobilizzazione, recenti interventi chirurgici, recenti lunghi viaggi in posizione seduta,</li> <li>• Età</li> <li>• Patologie preesistenti</li> </ul>	<p>Indagare compromissione delle funzioni vitali (A, B, C)</p> <p>Identificare il grado di difficoltà respiratoria</p> <p>La presenza di deficit neurologici è suggestiva di un'insufficienza respiratoria grave</p> <p>Possibile crisi di panico con iperventilazione</p> <p>Possibile trombo embolia polmonare</p> <p>Considerare nei bambini croup, Ostruzione delle vie aeree da corpo estraneo; Laringite epiglottica/epiglottite</p> <p>Identificazione dell'aggravamento di quadri patologici cronici</p>	<p>Attacco Asmatico</p> <p>BPCO riacutizzata</p> <p>Edema Polmonare Acuto</p> <p>Embolia Polmonare</p> <p>Enfisema Polmonare</p> <p>Pneumotorace Spontaneo</p> <p>Polmoniti/bronchiti</p> <p>Processi infettivi polmonari</p> <p>Neoplasie polmonari</p> <p>Soffocamento</p> <p>Croup</p> <p>Edema della glottide</p> <p>Ostruzione delle vie aeree da corpo estraneo</p> <p>Laringite epiglottica/epiglottite (nei bambini)</p> <p>Reazioni allergiche</p> <p>Tracheite</p> <p>SCA</p> <p>Insufficienza Cardiaca Congestizia</p> <p>Aritmie cardiache</p> <p>Uso di sostanze/droghe</p> <p>Attacchi di panico</p> <p>Inalazione di sostanze tossiche</p> <p>Chetoacidosi diabetica</p> <p>Convulsioni epilettiche o febbrili</p> <p>Ictus/TIA</p>

CONSIGLI PRE ARRIVO	
ISTRUZIONI SANITARIE GENERICHE	ISTRUZIONI TECNICO-LOGISTICHE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RICHIAMARE IN CASO DI VARIAZIONE DELLE CONDIZIONI</b></li> <li>• NON SOMMINISTRARE LIQUIDI O ALIMENTI</li> <li>• COPRIRE/RIPARARE IL PAZIENTE</li> <li>• NON SPOSTARE PAZIENTE SE NON IN CONDIZIONI DI PERICOLO</li> <li>• ALLENTARE INDUMENTI CHE COSTRINGONO IL PAZIENTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TENERE LIBERO IL TELEFONO FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> <li>• MANDARE QUALCUNO AD ASPETTARE L'AMBULANZA</li> <li>• ACCENDERE LE LUCI ESTERNE (SE BUIO)</li> <li>• APRIRE LA PORTA/AGEVOLARE L'ACCESSO ALLA SCENA</li> <li>• ALLONTANARE EVENTUALI ANIMALI DOMESTICI</li> <li>• RACCOGLIERE I FARMACI DEL PAZIENTE</li> <li>• RACCOGLIERE DOCUMENTAZIONE SANITARIA RECENTE</li> <li>• MANTENERE LA CALMA</li> <li>• RIMANERE CON IL PAZIENTE FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> </ul>
ISTRUZIONI SANITARIE SPECIFICHE	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• INVITARE IL PAZIENTE AD ASSUMERE UNA POSIZIONE SEDUTA O SEMISEDUTA</li> <li>• SE DISPONIBILI FARMACI PRESCRITTI PER PREGRESSI EPISODI DI DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA, INVITARE ALL'AUTOSOMMINISTRAZIONE</li> <li>• SE IL PAZIENTE È IN O2 TERAPIA A DOMICILIO, SOMMINISTRARLO</li> <li>• SE GASPING O ARRESTO RESPIRATORIO, DARE <b>IPA RCP</b></li> </ul>	



*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## **SOFFOCAMENTO/OSTRUZIONE VIE AEREE/IMPICCAMENTO**

### **UTILIZZO SCHEDA**

Questa scheda deve essere utilizzata quando il chiamante riferisce di essere in presenza di una persona che sta soffocando oppure che ha commesso un gesto autolesivo con impiccamento.

Le parole usate nella chiamata possono essere quindi: "Corpo estraneo", "Non respira più", "Ostruzione vie aeree", "Si è impiccato", "Sta soffocando".

### **CRITERI GENERALI**

Il soffocamento nel paziente adulto avviene più frequentemente mentre sta mangiando, per inalazione del cibo. I bambini sono più esposti al rischio di soffocamento per inalazione di corpi estranei, soprattutto al di sotto dei sei anni di età, perché tendono a portare alla bocca oggetti da cui sono incuriositi.

**Indicatori di criticità** sono:

- Il paziente non riesce a parlare ed emettere suoni (il bambino non riesce a piangere). Va considerata l'ostruzione totale delle vie aeree ed il conseguente soffocamento in atto: in questo caso vanno tempestivamente fornite le istruzioni pre-arrivo specifiche secondo l'età del paziente per la disostruzione delle vie aeree;
- Il paziente respira con difficoltà ed emette rumori inspiratori ed espiratori come sibili e fischi, intervallati da colpi di tosse. Va considerata l'ostruzione parziale delle vie aeree;
- Cianosi: la cianosi è un segno tardivo dell'ostruzione delle vie aeree. Se il paziente assume un colorito bluastro significa che la saturazione ossiemoglobinica è scesa in modo importante ed il paziente necessita di un intervento immediato.

Dopo l'espulsione del corpo estraneo potrebbe instaurarsi un edema delle vie aeree: per questo è necessaria una valutazione sanitaria accurata, in particolare per i neonati ed i bambini, che hanno vie aeree più piccole.



<b>SOFFOCAMENTO/OSTRUZIONE VIE AEREE/IMPICCAMENTO</b>	
<b>PAROLE CHIAVE</b>	
<b>Corpo estraneo – Non respira più - Ostruzione vie aeree – Si è impiccato - Sta soffocando</b>	
<b>D/S</b>	La persona stava mangiando o aveva un oggetto in bocca? Se impiccamento: la persona è ancora appesa?
<b>A</b>	<b>Risponde se lo chiamate?</b> <b>Aprire gli occhi se lo chiamate?</b> <b>Parla?</b>
<b>B</b>	<b>Respira?</b> <b>Come respira?</b> Il paziente è capace di parlare (piangere se neonato/lattante)? <b>Sente rumori mentre respira? Ha un respiro veloce o affannoso?</b> Il paziente sta diventando blu?
<b>C</b>	<b>È molto sudato? Suda freddo?</b> <b>È molto pallido? Grigiastro?</b>
<b>N</b>	Ha o ha avuto convulsioni?
<b>APP</b>	<b>Quanti anni ha?</b> <b>Maschio o femmina?</b>
<b>APR</b>	<b>Ha qualche malattia nota?</b>
<b>T</b>	Ci sono fonti di pericolo non in sicurezza?

<b>ASSEGNAZIONE CODICE COLORE</b>	
<b>ROSSO</b>	Compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b> e/o <b>N</b>
<b>GIALLO</b>	Assenza di informazioni verificabili da terza persona chiamante
<b>VERDE</b>	Capace di parlare (piangere se neonato/lattante) Respira normalmente dopo manovra di disostruzione
<b>BIANCO</b>	<i>In questo problema non si ritiene opportuno assegnare questo codice colore</i>
<b>MMG-CA</b>	<i>In questo problema non si ritiene opportuno deviare a MMG-CA</i>
<b>CONSIGLIO</b>	Recarsi in Pronto Soccorso in caso di inalazione di piccoli oggetti non espulsi nei bambini

<b>SOFFOCAMENTO/OSTRUZIONE VIE AEREE/IMPICCAMENTO</b>		
<b>ELEMENTI DA CONSIDERARE</b>	<b>RAZIONALE DELLE DOMANDE</b>	<b>PATOLOGIE PRINCIPALI PER RICHIESTE DI SOCCORSO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stato di coscienza</li> <li>• Respirazione</li> <li>• Segni di circolo</li>   <li>• Età</li> <li>• Sesso</li>   <li>• Modalità di insorgenza del sintomo</li>   <li>• Patologie preesistenti</li> </ul>	<p>Indagare compromissione delle funzioni vitali (A, B, C).            I segni di ostruzione parziale delle vie aeree includono un respiro affannoso e stridore tra colpi di tosse forzata ancora efficace.            Una tosse inefficace con impossibilità a parlare indica una ostruzione completa delle vie aeree ancora in atto</p> <p>Considera una ostruzione delle vie aeree ogni volta che hai informazioni di difficoltà respiratoria durante i pasti e nei bambini sotto i 6 anni</p> <p>Nella ostruzione completa/parziale delle vie aeree si presume la presenza di un oggetto solido/semisolido</p> <p>Patologie neurologiche degenerative sono spesso associate ad alterazione della deglutizione</p>	<p>Peri-arresto cardiaco da asfissia</p> <p>Ostruzione completa o parziale delle vie aeree da corpi estranei solidi</p> <p>Episodio di convulsione febbrile</p> <p>Ostruzione da bevande o secrezioni bronchiali</p> <p>Impiccamento</p>

CONSIGLI PRE ARRIVO	
ISTRUZIONI SANITARIE GENERICHE	ISTRUZIONI TECNICO-LOGISTICHE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RICHIAMARE IN CASO DI VARIAZIONE DELLE CONDIZIONI</b></li> <li>• LASCIARE IL PAZIENTE NELLA POSIZIONE CHE PREFERISCE</li> <li>• NON SOMMINISTRARE LIQUIDI, ALIMENTI O FARMACI</li> <li>• COPRIRE/RIPARARE IL PAZIENTE</li> <li>• NON SPOSTARE PAZIENTE SE NON IN CONDIZIONI DI PERICOLO</li> <li>• ALLENTARE INDUMENTI CHE COSTRINGONO IL PAZIENTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TENERE LIBERO IL TELEFONO FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> <li>• MANDARE QUALCUNO AD ASPETTARE L'AMBULANZA</li> <li>• ACCENDERE LE LUCI ESTERNE (SE BUIO)</li> <li>• APRIRE LA PORTA/AGEVOLARE L'ACCESSO ALLA SCENA</li> <li>• ALLONTANARE EVENTUALI ANIMALI DOMESTICI</li> <li>• RACCOGLIERE I FARMACI DEL PAZIENTE</li> <li>• RACCOGLIERE DOCUMENTAZIONE SANITARIA RECENTE</li> <li>• MANTENERE LA CALMA</li> <li>• RIMANERE CON IL PAZIENTE FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> </ul>
ISTRUZIONI SANITARIE SPECIFICHE	
<p>SE OSTRUZIONE PARZIALE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• INVITARE IL PAZIENTE A TOSSIRE</li> <li>• NON BATTERE SULLA SCHIENA</li> <li>• NON INFILARE LE DITA IN BOCCA</li> </ul> <p>SE STA SOFFOCANDO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ESEGUIRE MANOVRA DI HEIMLICH</li> <li>• DARE <b>IPA CORPO ESTRANEO</b></li> </ul> <p>IN CASO DI IMPICCAMENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TAGLIARE LA CORDA LONTANO DAI NODI</li> <li>• PRESERVARE I NODI</li> <li>• DARE <b>IPA PER RCP</b></li> </ul>	



*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## **AGGRESSIONE/VIOLENZA SESSUALE/FERITA DA ARMA**

### **UTILIZZO SCHEDA**

Questa scheda deve essere utilizzata quando il chiamante riferisce di avere subito o assistito a violenza o aggressione.

Le parole usate nella chiamata possono essere: "Accoltellamento", "Aggressione", "Ferita da arma", "Percosse", "Pestaggio", "Rissa", "Sparatoria", "Stupro", "Violenza sessuale".

### **CRITERI GENERALI**

Durante l'intervista è utile ottenere informazioni relative alla dinamica dell'evento e al numero dei coinvolti. Spesso le persone richiedenti il soccorso, coinvolte nell'aggressione, tendono a dare poche informazioni e non precise per evitare conseguenze legali. Stabilire se siano state usate armi, identificare la zona di lesione e la presenza di ferite penetranti, è necessario per determinare sia l'entità delle lesioni, nonché per accertarsi delle condizioni di sicurezza della scena.

**Indicatori di criticità** sono:

- Traumi cranici con compromissione del livello di coscienza,
- Stato di agitazione,
- Difficoltà respiratoria,
- Convulsioni in atto,
- Segni e sintomi di shock.

Questi pazienti non dovrebbero essere mobilizzati prima dell'arrivo del personale sanitario sulla scena, a meno che non esistano situazioni che li esponano a rischio di vita.

La violenza sessuale ha un grosso impatto emotivo sia per la vittima, sia per l'operatore di centrale che si trova a gestire la situazione. Normalmente sono le vittime stesse a richiedere i soccorsi dopo aver subito la violenza, quando l'aggressore si è allontanato: per questo è necessario avere un atteggiamento comprensivo. È determinante far conservare alle vittime tutte le prove dell'avvenuta violenza per poterle poi consegnare alle forze dell'ordine.

L'allertamento tempestivo delle forze dell'ordine, in questi contesti, è necessario per poter garantire l'incolumità degli equipaggi di soccorso e quindi garantire il soccorso stesso. Inoltre il dispatcher deve ricordare agli equipaggi che intervengono di attivare il "Protocollo Scena del Crimine".

**AGGRESSIONE/VIOLENZA SESSUALE/FERITA DA ARMA**
**PAROLE CHIAVE**
**Accollattamento – Aggressione – Ferita da arma – Percosse – Pestaggio – Rissa – Sparatoria – Stupro – Violenza sessuale**

Quante persone sono coinvolte/Ferite?  
 L'aggressione è ancora in corso? Quando è successo?  
 Sono state usate armi? Se sì di che tipo?  
 Ha subito violenza sessuale?

**A**  
**Risponde se lo chiamate?**  
**Aprire gli occhi se lo chiamate?**  
**Parla?**

**B**  
**È molto sudato? Suda freddo?**  
**È molto pallido? Grigiastro?**  
**Respira?**  
**Come respira?**  
**Sente rumori mentre respira? Ha un respiro veloce o affannoso?**

**C**  
**È sudato?**  
**È pallido?**  
**È più scuro/violaceo in viso rispetto al solito?**  
**Si sente male quando si mette seduto o in piedi?**

**N**  
 È agitato?

**Maschio o femmina?**

**Quanti anni ha?** (Adulto o bambino)

Di che cosa si lamenta?

In quale parte del corpo è stato ferito?

Ci sono oggetti conficcati nel corpo del ferito?

Sta sanguinando? Da dove?

Riesce a fermare la fuoriuscita di sangue?

Ci sono parti amputate? Se Sì: Ha recuperato la parte amputata?

**APR**

L'aggressore/i è ancora vicino?

L'aggressore è armato?

Ci sono altri pericoli?

**ASSEGNAZIONE CODICE COLORE**

<b>ROSSO</b>	<p>Compromissione <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b></p> <p>Trauma con compromissione di <b>N</b></p> <p>Ferita penetrante in zona centrale recente, &lt; 6 ore (addome, anca, braccio, collo, coscia, inguine, natiche, schiena, testa, spalle, torace)</p> <p>Amputazione di un arto</p> <p>Ustioni estese</p>
<b>GIALLO</b>	<p>Ferita penetrante in zona periferica, recente, &lt; 6 ore (avambraccio, polso, mano, gamba sotto il ginocchio, piede)</p> <p>Amputazione di piccoli segmenti ossei</p> <p>Trauma contusivo in aree potenzialmente pericolose, recente, &lt; 6 ore (Testa, Collo, Torace, Addome, Schiena, Pelvi)</p> <p>Lesioni sconosciute</p>
<b>VERDE</b>	<p>Trauma contusivo in aree potenzialmente pericolose, non recente, ≥ 6 ore (Testa, Collo, Torace, Addome, Schiena, Pelvi)</p> <p>Ferita penetrante in zona centrale, non recente, ≥ 6 ore (addome, anca, braccio, collo, coscia, inguine, natiche, schiena, testa, spalle, torace)</p> <p>Violenza sessuale</p>
<b>BIANCO</b>	<p><i>In questo problema non si ritiene opportuno assegnare questo codice colore</i></p>
<b>MMG-CA</b>	<p>Stato di agitazione o ansia, senza lesioni</p>
<b>CONSIGLIO</b>	<p>Consigliare di recarsi in pronto soccorso o farsi accompagnare in pronto soccorso se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ferita penetrante in zona periferica, non recente, ≥ 6 ore</li> <li>Trauma contusivo in aree potenzialmente non pericolose</li> <li>Ferita periferica (avambraccio, polso, mano, dita delle mani, gamba sotto il ginocchio, piede, dita dei piedi)</li> <li>Necessità di referto, con lesioni di lieve entità</li> </ul>



<b>AGGRESSIONE/VIOLENZA SESSUALE/FERITA DA ARMA</b>		
<b>ELEMENTI DA CONSIDERARE</b>	<b>RAZIONALE DELLE DOMANDE</b>	<b>PATOLOGIE PRINCIPALI PER RICHIESTE DI SOCCORSO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinamica e situazione</li> <li>• Stato di coscienza</li> <li>• Respirazione</li> <li>• Segni di circolo</li> <li>• Stato neurologico</li> <li>• Presenza di pericoli</li> <li>• Zona corporea interessata</li> <li>• Tipo di trauma</li> <li>• Epoca dell'evento</li> </ul>	<p>Definire tipo/modalità dell'aggressione/atto violento</p> <p>Indagare compromissione delle funzioni vitali (A, B, C)</p> <p>Indagare la presenza di lesioni neurologiche centrali o segni di shock</p> <p>Indagare la presenza di elementi di pericolo al fine di attivare il soccorso tecnico/Forze dell'Ordine</p> <p>Determinare la gravità delle lesioni ed il potenziale rischio evolutivo</p>	<p>Traumi aperti/chiusi</p> <p>Ferite penetranti</p> <p>Ferite lacero-contuse</p> <p>Amputazioni di arti o parti di essi</p> <p>Violenza sessuale</p>

CONSIGLI PRE ARRIVO	
ISTRUZIONI SANITARIE GENERICHE	ISTRUZIONI TECNICO-LOGISTICHE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RICHIAMARE IN CASO DI VARIAZIONE DELLE CONDIZIONI</b></li> <li>• LASCIARE IL PAZIENTE NELLA POSIZIONE CHE PREFERISCE</li> <li>• NON SOMMINISTRARE LIQUIDI, ALIMENTI O FARMACI</li> <li>• COPRIRE/RIPARARE IL PAZIENTE</li> <li>• NON SPOSTARE PAZIENTE SE NON IN CONDIZIONI DI PERICOLO</li> <li>• ALLENTARE INDUMENTI CHE COSTRINGONO IL PAZIENTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TENERE LIBERO IL TELEFONO FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> <li>• MANDARE QUALCUNO AD ASPETTARE L'AMBULANZA</li> <li>• ACCENDERE LE LUCI ESTERNE (SE BUIO)</li> <li>• APRIRE LA PORTA/AGEVOLARE L'ACCESSO ALLA SCENA</li> <li>• ALLONTANARE EVENTUALI ANIMALI DOMESTICI</li> <li>• RACCOGLIERE I FARMACI DEL PAZIENTE</li> <li>• RACCOGLIERE DOCUMENTAZIONE SANITARIA RECENTE</li> <li>• RIMANERE CON IL PAZIENTE FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> <li>• MANTENERE LA CALMA</li> </ul>
ISTRUZIONI SANITARIE SPECIFICHE	
<p>SE NON È PERICOLOSO, CHIEDERE AL CHIAMANTE DI RIMANERE SULLA SCENA AL FINE DI RIFERIRE VARIAZIONI/INTEGRAZIONI SULLE CONDIZIONI DEI PAZIENTI E DELLA SCENA.</p> <p>INVITARE A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ALLONTANARSI DALLA SCENA SE PRESENTI PERICOLI E FAR ALLONTANARE GLI ASTANTI.</li> <li>• NON MUOVERE IL PAZIENTE A MENO CHE NON SI TROVI IN PERICOLO</li> <li>• NON RIMUOVERE EVENTUALI CORPI ESTRANEI DALLE FERITE</li> <li>• COMPRIMERE EVENTUALI LESIONI SANGUINANTI CON UN PANNINO PULITO E MANTENERE PREMUTO</li> <li>• RECUPERARE EVENTUALI PARTI AMPUTATE; SE POSSIBILE, METTERLE IN UN SACCHETTO E RIPORLE IN GHIACCIO</li> <li>• AGEVOLARE L'ARRIVO DEI MEZZI DI SOCCORSO NON INTRALCIANDO E SEGNALANDO IL LUOGO.</li> <li>• <b>IN CASO DI VIOLENZA SESSUALE: CONSERVARE GLI INDUMENTI, NON LAVARSI, NON LAVARE LE MANI E SE POSSIBILE NON ANDARE ALLA TOILETTE</b></li> <li>• ADOTTARE UNA CONVERSAZIONE ADEGUATA E COMPRESIVA CON LA VITTIMA DI VIOLENZA SESSUALE</li> </ul>	



*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## **ANNEGAMENTO/PROBLEMA DA IMMERSIONE**

### **UTILIZZO SCHEDA**

Questa scheda deve essere utilizzata quando l'utente segnala un annegamento o un problema che si è verificato come conseguenza di un'immersione.

Nella chiamata le parole solitamente utilizzate sono: "Annegato", "Barotrauma", "Corpo in acqua che non si muove", "Malore dopo immersione", "Recuperato dall'acqua", "Tuffo".

### **CRITERI GENERALI**

La gestione di eventi o incidenti in ambito acquatico comprende la valutazione, quando possibile, delle condizioni cliniche associate alla dinamica dell'incidente.

È importante ricordare che una caduta in acqua può essere la conseguenza di un malore. Allo stesso modo l'assunzione di farmaci, droghe o alcool può essere la causa dell'incidente e aggravarne il suo quadro clinico.

Persone immerse in acqua fredda che non vengano rapidamente recuperate possono andare incontro ad ipotermia anche grave. Per questo è necessario, se possibile, far asciugare la vittima dagli astanti e mantenerla al caldo in attesa dei soccorsi.

Le vittime di incidenti acquatici, specialmente in località balneari o in piscina, possono riportare traumi cranici o del rachide cervicale (es. lesioni da tuffo).

Gli incidenti da immersione possono esitare in embolie gassose. Per questo qualsiasi difficoltà respiratoria insorta nelle 24 ore successive ad un'immersione va trattata tempestivamente. Allo stesso modo la presenza di deficit neurologici successivi ad immersione deve essere considerata suggestiva per Malattia Da Decompressione (MDD).

Gli scontri tra piccole imbarcazioni con sbalzo degli occupanti in acqua vanno considerati situazioni ad alto rischio: le imbarcazioni non sono dotate di sistemi di ritenzione e l'impatto degli occupanti con le strutture dei natanti e/o con l'acqua può causare traumatismi anche gravi.

In queste condizioni e in quelle ove sia necessario il recupero e la ricerca della vittima è determinante l'attivazione del soccorso tecnico.

**ANNEGAMENTO/PROBLEMA DA IMMERSIONE**

**PAROLE CHIAVE**

**Annegato – Barotrauma - Corpo in acqua, non si muove – Malore dopo immersione - Recuperato dall'acqua – Tuffo**

<b>D/S</b>	<p>Ha assistito all'accaduto?          Quante persone sono coinvolte?          Si tratta di incidente nautico, da tuffo o da immersione subacquea?          È stato recuperato dall'acqua?</p>
<b>A</b>	<p><b>Risponde se lo chiamate?</b>  <b>Apre gli occhi se lo chiamate?</b>  <b>Parla?</b></p>
<b>B</b>	<p><b>Respira?</b>  <b>Come respira?</b>  <b>Sente rumori mentre respira? Ha un respiro veloce o affannoso?</b></p>
<b>C</b>	<p><b>È molto sudato? Suda freddo?</b>  <b>È molto pallido? Grigiastro?</b>  <b>È più scuro/violaceo in viso rispetto al solito?</b></p>
<b>N</b>	<p>È confuso?          Presenta debolezza o intorpidimento o formicolii a qualche parte del corpo?          Ha difficoltà a parlare o a comprendere?          Ha problemi alla vista?          Lamenta intenso mal di testa di insorgenza improvvisa?          Ha o ha avuto vomito a getto?          Ha o ha avuto convulsioni?</p>
<b>APP</b>	<p><b>Quanti anni ha?</b>  <b>Maschio o femmina?</b>          Ha subito un trauma durante il tuffo?          Ha riferito qualche malessere prima di entrare in acqua (cefalea, dolore toracico, vomito)?</p>
<b>APR</b>	<p>Ha assunto sostanze o farmaci?  <b>Ha qualche malattia nota?</b></p>
<b>T</b>	<p>In caso di incidente nautico, quanti e quali mezzi sono coinvolti?          Sono presenti pericoli?          Qual è l'<b>accesso di terra</b> più vicino? (Es. torretta di salvataggio)          Riesce a riferire le coordinate del luogo?</p>

<b>ASSEGNAZIONE CODICE COLORE</b>	
<b>ROSSO</b>	Compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b> e/o <b>N</b> Persona ancora sott'acqua Bagnante inanimato in acqua
<b>GIALLO</b>	Persona ancora in acqua, senza compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b> e/o <b>N</b> Trauma cranico e/o cervicale da tuffo, asintomatico Assenza di informazioni verificabili da terza persona chiamante
<b>VERDE</b>	Recuperato/soccorso in acqua, senza compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b> e/o <b>N</b>
<b>BIANCO</b>	<i>In questo problema non si ritiene opportuno assegnare questo codice colore</i>
<b>MMG-CA</b>	<i>In questo problema non si ritiene opportuno deviare a MMG-CA</i>
<b>CONSIGLIO</b>	In caso di eruzioni cutanee, chiazze bluastre, prurito, arrossamenti, dolori osteoarticolari, tumefazioni e rigonfiamenti, nausea e vomito, difficoltà uditive non altrimenti spiegabili dopo immersione subacquea recente (24-36 ore), recarsi in Pronto Soccorso

<b>ANNEGAMENTO/PROBLEMA DA IMMERSIONE</b>		
<b>ELEMENTI DA CONSIDERARE</b>	<b>RAZIONALE DELLE DOMANDE</b>	<b>PATOLOGIE PRINCIPALI PER RICHIESTE DI SOCCORSO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinamica e situazione</li>   <li>• Stato di coscienza</li> <li>• Respirazione</li> <li>• Segni di circolo</li>   <li>• Stato neurologico</li>   <li>• Età</li> <li>• Sesso</li> <li>• Patologie preesistenti</li>   <li>• Assunzione di farmaci o droghe</li> </ul>	<p>Dimensionamento dell'evento per organizzare al meglio l'entità della risposta sanitaria e necessità di soccorso tecnico</p> <p>Indagare compromissione delle funzioni vitali (A, B, C)</p> <p>La presenza di deficit neurologici è suggestiva di una Malattia da Decompressione (MDD)</p> <p>L'età ed il sesso possono dare indicazioni sulle possibili cause dell'incidente. Soggetti anziani o portatori di patologie possono accusare malori mentre si trovano in acqua (collasso, IMA etc.)</p> <p>Soggetti giovani e sani solitamente incorrono in incidenti da tuffo o immersione</p> <p>L'assunzione di farmaci, droghe e alcool possono favorire l'incidente e/o aggravare il quadro clinico</p>	<p>Arresto cardiocircolatorio</p> <p>Edema polmonare</p> <p>Embolia polmonare</p> <p>Laringospasmo</p> <p>Malattia da Decompressione (MDD)</p> <p>Trauma da tuffo</p> <p>Politrauma da incidente nautico</p>

## CONSIGLI PRE ARRIVO

### ISTRUZIONI SANITARIE GENERICHE

- **RICHIAMARE IN CASO DI VARIAZIONE DELLE CONDIZIONI**
- LASCIARE IL PAZIENTE NELLA POSIZIONE CHE PREFERISCE
- NON SOMMINISTRARE LIQUIDI, ALIMENTI O FARMACI
- COPRIRE/RIPARARE IL PAZIENTE
- NON SPOSTARE PAZIENTE SE NON IN CONDIZIONI DI PERICOLO
- ALLENTARE INDUMENTI CHE COSTRINGONO IL PAZIENTE

### ISTRUZIONI TECNICO-LOGISTICHE

- TENERE LIBERO IL TELEFONO FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI
- MANDARE QUALCUNO AD ASPETTARE L'AMBULANZA
- AGEVOLARE L'ACCESSO ALLA SCENA
- ALLONTANARE EVENTUALI ANIMALI DOMESTICI
- MANTENERE LA CALMA
- RIMANERE CON IL PAZIENTE FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI

### ISTRUZIONI SANITARIE SPECIFICHE

SE NON È PERICOLOSO:

- RECUPERARE LA PERSONA DALL'ACQUA MANTENENDO LA SICUREZZA PER SE STESSI
- SE PRESENTE, FAR INTERVENIRE IL PERSONALE DI SALVATAGGIO SPIAGGIA/PISCINA
- POSIZIONARE LA VITTIMA DISTESA SUPINA LONTANO DALL'ACQUA
- SE PERSONA IN ARRESTO CARDIO-CIRCOLATORIO, DARE **IPA PER RCP**





*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## ASSIDERAMENTO/CONGELAMENTO

### UTILIZZO SCHEDA

Questa scheda viene utilizzata nei casi di

- prolungata esposizione al freddo ambientale
- l'immersione in acque gelide
- vittime sepolte in valanga (ipotermia primaria)
- complicanze da fattori predisponenti che vanno ad influire sul controllo della termoregolazione (ipotermia secondaria).

Nella chiamata le parole solitamente utilizzate sono: "Arto cianotico", "Brivido", "È stato al freddo", "Ha intorpidimento/formicolio", "Mancanza sensibilità", "Non riesce a muovere...", "Vesciche".

### CRITERI GENERALI

Il quadro clinico delle patologie da freddo può manifestarsi in maniera diversa. I sintomi differiscono a seconda dello stadio raggiunto di congelamento e assideramento. I quadri clinici severi sono caratterizzati da precise modificazioni/manifestazioni di reazione dell'organismo all'abbassamento della propria temperatura periferica e/o centrale.

Il congelamento riguarda lesioni da freddo su un limitato distretto corporeo, interessando solitamente le estremità (dita, naso, guance, orecchie) e si manifesta quando la temperatura dei tessuti scende sotto 0°C con una modificazione del normale colorito e della morfologia della parte colpita, con alterazione della sensibilità.

L'assideramento è una condizione più grave poiché si tratta di una sindrome generale che manifesta i suoi effetti quando la temperatura corporea interna scende sotto dei 34-35° e può portare a morte la vittima.

La grave ipotermia è rappresentata dalla presenza di brivido scuotente con compromissione dello stato neurologico e delle funzioni vitali sino allo stato di morte apparente (mettere in atto le manovre di RCP).

**Indicatori di criticità** sono:

- Fenomeno valanghivo;
- Incidenti sciistici in pista e fuori pista;
- Immersione in acqua gelida.

### **Fattori confondenti:**

- I segni e/o sintomi delle patologie da freddo in fase iniziale non appaiono molto gravi. Nel congelamento la reale estensione del danno si manifesta a distanza di settimane e può portare alla perdita della parte, pertanto tale situazione non è da sottovalutare.
- È importante ricordare che il congelamento può essere associato ad ipotermia, situazione che può verificarsi in tutte le stagioni e che causa una veloce compromissione delle funzioni vitali.
- L'assunzione di alcol può provocare un'ipotermia anche a temperature ambientali non particolarmente basse

## ASSIDERAMENTO/CONGELAMENTO

### PAROLE CHIAVE

**Arto cianotico - Brivido – E' stato al freddo – Ha intorpidimento/formicolio – Mancanza sensibilità – Non riesce a muovere – Vesciche**

<b>D/S</b>	Dove si trova? Cosa è successo? ( <b>Considera scheda VALANGA</b> ) Per quanto tempo è stato esposto al freddo?
<b>A</b>	<b>Risponde se lo chiamate?</b> <b>Apre gli occhi se lo chiamate?</b> <b>Parla?</b>
<b>B</b>	<b>Respira?</b> <b>Come respira?</b> <b>Sente rumori mentre respira? Ha un respiro veloce o affannoso?</b>
<b>C</b>	<b>È molto sudato? Suda freddo?</b> <b>È molto pallido? Grigiastro?</b> <b>È più scuro/violaceo in viso rispetto al solito?</b>
<b>N</b>	Ha brivido? Riesce ad eseguire movimenti semplici? È confuso? È soporoso? Ricorda cosa è successo?
<b>APP</b>	<b>Quanti anni ha?</b> <b>Maschio o femmina?</b> Ha gli indumenti bagnati? Ha subito traumi? Sta sanguinando? Se riferito congelamento: mi descriva com'è l'area colpita e cosa sente?
<b>APR</b>	<b>Ha qualche malattia nota?</b>
<b>T</b>	Ci sono fonti di pericolo non in sicurezza?

<b>ASSEGNAZIONE CODICE COLORE</b>	
<b>ROSSO</b>	Compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b> e/o <b>N</b> Vittima apparentemente morta Perdita di sensibilità e di dolore nell'area corporea, compromissione motilità muscolare e articolare
<b>GIALLO</b>	Paziente sveglio con brivido violento/scuotente e/o incapacità di movimento finalizzato Area corporea pallida, intorpidimento, formicolio, dolore/bruciore, vescicole
<b>VERDE</b>	<i>In questo problema non si ritiene utile assegnare questo codice colore</i>
<b>BIANCO</b>	<i>In questo problema non si ritiene utile assegnare questo codice colore</i>
<b>MMG-CA</b>	<i>In questo problema non si ritiene opportuno deviare a MMG-CA</i>
<b>CONSIGLIO</b>	<i>In questo problema non si ritiene opportuno fornire consigli</i>

<b>ASSIDERAMENTO/CONGELAMENTO</b>		
<b>ELEMENTI DA CONSIDERARE</b>	<b>RAZIONALE DELLE DOMANDE</b>	<b>PATOLOGIE PRINCIPALI PER RICHIESTE DI SOCCORSO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinamica e situazione</li>   <li>• Stato di coscienza</li> <li>• Respirazione</li> <li>• Segni di circolo</li>   <li>• Stato neurologico</li> </ul>	<p>Identificare durata e modalità di esposizione al freddo.</p> <p>Indagare compromissione delle funzioni vitali (A, B, C)</p> <p>Definire il grado di ipotermia</p>	<p>Ipotermia</p> <p>Congelamento</p> <p>Arresto cardiaco</p>

<b>CONSIGLI PRE ARRIVO</b>	
<b>ISTRUZIONI SANITARIE GENERICHE</b>	<b>ISTRUZIONI TECNICO-LOGISTICHE</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>RICHIAMARE IN CASO DI VARIAZIONE DELLE CONDIZIONI</b></li><li>• LASCIARE IL PAZIENTE NELLA POSIZIONE CHE PREFERISCE</li><li>• NON SOMMINISTRARE LIQUIDI, ALIMENTI O FARMACI</li><li>• COPRIRE/RIPARARE IL PAZIENTE</li><li>• NON SPOSTARE PAZIENTE SE NON IN CONDIZIONI DI PERICOLO</li><li>• ALLENTARE INDUMENTI CHE COSTRINGONO IL PAZIENTE</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• TENERE LIBERO IL TELEFONO FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li><li>• MANDARE QUALCUNO AD ASPETTARE L'AMBULANZA</li><li>• ACCENDERE LE LUCI ESTERNE (SE BUIO)</li><li>• APRIRE LA PORTA/AGEVOLARE L'ACCESSO ALLA SCENA</li><li>• ALLONTANARE EVENTUALI ANIMALI DOMESTICI</li><li>• RACCOGLIERE I FARMACI DEL PAZIENTE</li><li>• RACCOGLIERE DOCUMENTAZIONE SANITARIA RECENTE</li><li>• MANTENERE LA CALMA</li><li>• RIMANERE CON IL PAZIENTE FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li></ul>
<b>ISTRUZIONI SANITARIE SPECIFICHE</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• SE DOVESSE VOMITARE METTERE IN POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA</li><li>• RIMUOVERE EVENTUALI INDUMENTI BAGNATI</li><li>• SE LA PERSONA È COSCIENTE CERCATE DI RISCALDARLO COPRENDOLO E/O PORTANDOLO IN UN AMBIENTE CALDO</li><li>• SE LA PERSONA È INCOSCIENTE VALUTARE POSSIBILE ARRESTO CARDIACO, DARE <b>IPA ARRESTO CARDIACO</b></li></ul>	



*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## CADUTA

### UTILIZZO SCHEDA

Questa scheda deve essere utilizzata quando il chiamante riferisce una caduta a terra, una caduta dall'alto o problemi medici/traumatici conseguenti a caduta.

Le parole chiave usate nella chiamata possono essere "Caduta", "Caduto a terra", "caduto da...", "Caduto dall'alto" oppure "precipitato".

### CRITERI GENERALI

Questi eventi traumatici possono verificarsi in ambiente domestico, lavorativo, in zone aperte, ed in ambienti ostili. Ai fini dell'assegnazione del codice colore è necessario identificare la dinamica legata alla caduta, rilevando eventuali criteri di trauma maggiore ed escludendo origini non traumatiche, determinando così la gravità delle lesioni ed il loro potenziale rischio evolutivo.

**Indicatori di criticità** sono:

- Cadute da altezze > 3 mt,
- Compromissione del livello di coscienza,
- Difficoltà respiratoria,
- Segni e sintomi di shock,
- Ferita penetrante in zona centrale da < 6 ore (addome, anca, braccio, collo, coscia, inguine, natiche, schiena, testa, spalle, torace),
- Sospetta frattura bilaterale di femore,
- Cadute su superfici taglienti,
- Cadute che provocano sanguinamenti importanti o amputazioni al di sopra del piede,
- Dinamiche che provocano schiacciamenti o lesioni spinali,
- Cadute associate a problemi medici.

Durante l'intervista è necessario indagare la presenza di elementi di pericolo e le possibilità di accesso al luogo dell'evento, al fine di attivare il soccorso tecnico, per consentire un intervento in condizioni di sicurezza, e le Forze dell'Ordine per le valutazioni legate ad eventuali responsabilità di terzi.



<b>CADUTA</b>	
<b>PAROLE CHIAVE</b>	
<b>Caduto - Caduto a terra - Caduto da... - Caduto dall'alto - Precipitato</b>	
<b>D/S</b>	Cosa stava facendo prima di cadere? Da che altezza è caduto? Dove è caduto? Ha riferito qualche malessere prima di cadere?
<b>A</b>	<b>Risponde se lo chiamate?</b> <b>Aprire gli occhi se lo chiamate?</b> <b>Parla?</b>
<b>B</b>	<b>Respira?</b> <b>Come respira?</b> <b>Sente rumori mentre respira? Ha un respiro veloce o affannoso?</b>
<b>C</b>	<b>È molto sudato? Suda freddo?</b> <b>È molto pallido? Grigiastro?</b> <b>È più scuro/violaceo in viso rispetto al solito?</b> <b>Si sente male se si mette seduto o in piedi?</b>
<b>N</b>	Il ferito è agitato/aggressivo? Riesce a muovere gli arti? Ha parestesie/anestesia? Ha avuto vomito a getto o convulsioni?
<b>APP</b>	<b>Quanti anni ha? (Adulto o bambino)</b> <b>Quando è successo?</b> Ha perso conoscenza? Ricorda ciò che è successo? Lamenta dolore in qualche parte del corpo? Ha ferite evidenti? Dove? Perde molto sangue? Ci sono oggetti conficcati nel corpo del ferito?
<b>APR</b>	Dove si trova adesso? È in un punto raggiungibile?
<b>T</b>	Sono presenti pericoli? (Fumo/fiamme/acqua/cavi elettrici/gas/carburanti)

**ASSEGNAZIONE CODICE COLORE**

<b>ROSSO</b>	<p>Compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b> e/o <b>N</b></p> <p>Precipitato &gt; 3 m</p> <p>Incidente di volo libero</p> <p>Ferita penetrante in zona centrale recente, &lt;6 ore (addome, anca, braccio, collo, coscia, inguine, natiche, schiena, testa, spalle, torace)</p> <p>Sospetta frattura bilaterale di femore</p>
<b>GIALLO</b>	<p>Breve perdita di coscienza (&lt;5 minuti)</p> <p>Amnesia retrograda</p> <p>Ferita penetrante in zona periferica, recente, &lt;6 ore</p> <p>Ferita penetrante in zona centrale, non recente, ≥6 ore (addome, anca, braccio, collo, coscia, inguine, natiche, schiena, testa, spalle, torace)</p> <p>Trauma contusivo in aree potenzialmente pericolose, recente, &lt;6 ore (Testa, Collo, Torace, Addome, Schiena, Pelvi)</p> <p>Sospetta frattura monolaterale di femore</p> <p>Assenza di informazioni verificabili da terza persona chiamante</p>
<b>VERDE</b>	<p>Trauma contusivo in aree potenzialmente pericolose, non recente, ≥6 ore (Testa, Collo, Torace, Addome, Schiena, Pelvi)</p> <p>Trauma agli arti senza alterazioni di sensibilità e mobilità</p> <p>Sospetta frattura di femore nell'anziano, in seguito a caduta a livello del suolo</p>
<b>BIANCO</b>	<p>Controllo radiologico urgente richiesto dal MMG</p>
<b>MMG-CA</b>	<p>Non si ritiene utile l'attivazione del MMG o della CA in questo tipo di eventi</p> <p>Necessità di referto, con lesioni di lieve entità</p>
<b>CONSIGLIO</b>	<p>Consigliare di recarsi in pronto soccorso o farsi accompagnare in pronto soccorso se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ferita penetrante in zona periferica, non recente, ≥6 ore</li> <li>• Trauma contusivo in aree potenzialmente non pericolose</li> <li>• Ferita periferica (avambraccio, polso, mano, dita delle mani, gamba sotto il ginocchio, piede, dita dei piedi)</li> </ul>

<b>CADUTA</b>		
<b>ELEMENTI DA CONSIDERARE</b>	<b>RAZIONALE DELLE DOMANDE</b>	<b>PATOLOGIE PRINCIPALI PER RICHIESTE DI SOCCORSO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinamica e situazione</li> <li>• Stato di coscienza</li> <li>• Respirazione</li> <li>• Segni di circolo</li> <li>• Stato neurologico</li> <li>• Presenza di pericoli</li> <li>• Zona corporea interessata</li> <li>• Tipo di trauma</li> <li>• Epoca dell'evento</li> </ul>	<p>Identificare le modalità della caduta, rilevando criteri di trauma maggiore. Escludere origine non traumatica</p> <p>Indagare compromissione delle funzioni vitali (A, B, C)</p> <p>Indagare la presenza di lesioni neurologiche centrali o segni di shock</p> <p>Indagare la presenza di elementi di pericolo al fine di attivare il soccorso tecnico/Forze dell'Ordine</p> <p>Determinare la gravità delle lesioni ed il potenziale rischio evolutivo</p>	<p>Traumi aperti/chiusi</p> <p>Ferite penetranti</p> <p>Ferite lacero-contuse</p> <p>Fratture</p> <p>Vittima bloccata in dirupo, voragine, pozzo, ecc.</p>

<b>CONSIGLI PRE ARRIVO</b>	
<b>ISTRUZIONI SANITARIE GENERICHE</b>	<b>ISTRUZIONI TECNICO-LOGISTICHE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RICHIAMARE IN CASO DI VARIAZIONE DELLE CONDIZIONI</b></li> <li>• LASCIARE IL PAZIENTE NELLA POSIZIONE CHE PREFERISCE</li> <li>• NON SOMMINISTRARE LIQUIDI, ALIMENTI O FARMACI</li> <li>• COPRIRE/RIPARARE IL PAZIENTE</li> <li>• NON SPOSTARE PAZIENTE SE NON IN CONDIZIONI DI PERICOLO</li> <li>• ALLENTARE INDUMENTI CHE COSTRINGONO IL PAZIENTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TENERE LIBERO IL TELEFONO FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> <li>• MANDARE QUALCUNO AD ASPETTARE L'AMBULANZA</li> <li>• ACCENDERE LE LUCI ESTERNE (SE BUIO)</li> <li>• APRIRE LA PORTA/AGEVOLARE L'ACCESSO ALLA SCENA</li> <li>• ALLONTANARE EVENTUALI ANIMALI DOMESTICI</li> <li>• RACCOGLIERE I FARMACI DEL PAZIENTE</li> <li>• RACCOGLIERE DOCUMENTAZIONE SANITARIA RECENTE</li> <li>• MANTENERE LA CALMA</li> <li>• RIMANERE CON IL PAZIENTE FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> </ul>
<b>ISTRUZIONI SANITARIE SPECIFICHE</b>	
<p>SE NON È PERICOLOSO, CHIEDERE AL CHIAMANTE DI RIMANERE SULLA SCENA AL FINE DI RIFERIRE VARIAZIONI/INTEGRAZIONI SULLE CONDIZIONI DEI PAZIENTI E DELLA SCENA.</p> <p>INVITARE A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ALLONTANARSI DALLA SCENA SE PRESENTI PERICOLI E FAR ALLONTANARE GLI ASTANTI</li> <li>• NON MUOVERE IL PAZIENTE A MENO CHE NON SI TROVI IN PERICOLO</li> <li>• NON RIMUOVERE EVENTUALI CORPI ESTRANEI DALLE FERITE</li> <li>• COMPRIMERE EVENTUALI LESIONI SANGUINANTI CON UN PANNO PULITO E MANTENERE PREMUTO</li> <li>• AGEVOLARE L'ARRIVO DEI MEZZI DI SOCCORSO NON INTRALCIANDO E SEGNALANDO IL LUOGO</li> <li>• SE SCENA NON SITUATA SU 'VIABILITÀ' ORDINARIA, INVIARE QUALCUNO IN UN PUNTO RAGGIUNGIBILE DAL MEZZO DI SOCCORSO</li> </ul>	



*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## FOLGORAZIONE/ELETTROCUZIONE

### UTILIZZO SCHEDA

Questa scheda deve essere utilizzata quando il chiamante riferisce di essere in presenza di persone colpite da scariche elettriche.

Le parole usate nella chiamata sono: "È stato colpito da un fulmine", "Ha messo le mani nella spina", "Ha preso una scossa", "Ha toccato i cavi elettrici".

### CRITERI GENERALI

La tensione della rete elettrica domestica è intorno ai 220 V e normalmente non espone al rischio di morte; può però provocare danni significativi ai tessuti ed esporre il paziente al rischio di sviluppare alterazioni del ritmo cardiaco.

Ai fini della determinazione della criticità dell'intervento è necessario indagare elementi suggestivi di trauma maggiore e valutare la compromissione delle funzioni vitali.

È utile rilevare se la corrente elettrica coinvolta sia di tipo domestico, industriale o di altra fonte. Inoltre è necessario identificare, ove possibile, il punto di entrata e di uscita della scarica sul corpo della vittima.

Indagare la presenza di elementi di pericolo reali o potenziali al fine di attivare il soccorso tecnico garantendo la sicurezza delle persone che intervengono sul luogo, è di fondamentale importanza.

**Indici di criticità** sono:

- Contatto in corso con la fonte elettrica,
- Ustioni,
- Perdita di coscienza subito dopo l'elettrocuzione,
- Trauma successivo all'elettrocuzione,
- Proiezione conseguente all'elettrocuzione.

## FOLGORAZIONE/ELETTROCUZIONE

### PAROLE CHIAVE

**È stato colpito da un fulmine – Ha messo le mani nella spina - Ha preso una scossa – Ha toccato cavi elettrici**

<b>D/S</b>	<p>Cosa stava facendo?          È ancora a contatto con la fonte elettrica? Per quanto tempo è rimasto a contatto?          È la rete elettrica di casa, di un fabbrica o altra sorgente?          Dove e in che posizione si trova?          È stato sbalzato?</p>
<b>A</b>	<p><b>Risponde se lo chiamate?</b>  <b>Aprire gli occhi se lo chiamate?</b>  <b>Parla?</b></p>
<b>B</b>	<p><b>Respira?</b>  <b>Come respira?</b>  <b>Sente rumori mentre respira? Ha un respiro veloce o affannoso?</b></p>
<b>C</b>	<p><b>È molto sudato? Suda freddo?</b>  <b>È molto pallido? Grigiastro?</b>  <b>È più scuro/violaceo in viso rispetto al solito?</b>  <b>Si sente male quando si mette seduto o in piedi?</b></p>
<b>N</b>	<p>Ha convulsioni?          Muove gli arti?          Ha formicolii agli arti?</p>
<b>APP</b>	<p><b>Quanti anni ha?</b>  <b>Maschio o femmina?</b>  <b>Da quanto tempo è successo?</b>          Si vedono lesioni nel corpo? Presenta ustioni?          Avverte dolore?</p>
<b>APR</b>	<p>Ha dispositivi cardiaci impiantati?</p>
<b>T</b>	<p>Ci sono fonti di pericolo non in sicurezza?          C'è una linea elettrica interrotta con cavi a terra?          C'è un incendio in corso?          C'è acqua intorno?</p>

<b>ASSEGNAZIONE CODICE COLORE</b>	
<b>ROSSO</b>	Compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b> e/o <b>N</b> Elettrocuzione/Folgorazione con ustioni Persona sbalzata Persona ancora a contatto con la linea elettrica Assenza di informazioni verificabili da terza persona chiamante
<b>GIALLO</b>	Soggetto con sensazione di malessere generale senza compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b> e/o <b>N</b>
<b>VERDE</b>	<i>In questo problema non si ritiene opportuno assegnare questo codice colore</i>
<b>BIANCO</b>	<i>In questo problema non si ritiene opportuno assegnare questo codice colore</i>
<b>MMG-CA</b>	<i>In questo problema non si ritiene opportuno deviare a MMG-CA</i>
<b>CONSIGLIO</b>	Contatto che ha provocato il superamento della Soglia di Percezione (ha avvertito la scossa ma non ci sono lesioni)



<b>FOLGORAZIONE/ELETTROCUZIONE</b>		
<b>ELEMENTI DA CONSIDERARE</b>	<b>RAZIONALE DELLE DOMANDE</b>	<b>PATOLOGIE PRINCIPALI PER RICHIESTE DI SOCCORSO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinamica e situazione</li> <li>• Stato di coscienza</li> <li>• Respirazione</li> <li>• Segni di circolo</li> <li>• Stato neurologico</li> <li>• Zona corporea interessata</li> <li>• Tipo di trauma</li> <li>• Epoca dell'evento</li> <li>• Presenza di pericoli</li> </ul>	<p>Identificare le modalità dell'accaduto</p> <p>Indagare compromissione delle funzioni vitali (A, B, C, N)</p> <p>Determinare sede e gravità delle lesioni ed il loro potenziale rischio evolutivo</p> <p>Indagare la presenza di elementi di pericolo al fine di attivare il soccorso tecnico/Forze dell'Ordine</p>	<p>Folgorazione/Elettrocuzione</p> <p>Arresto cardiaco</p> <p>Ustioni</p> <p>Traumi</p>

<b>CONSIGLI PRE ARRIVO</b>	
<b>ISTRUZIONI SANITARIE GENERICHE</b>	<b>ISTRUZIONI TECNICO-LOGISTICHE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RICHIAMARE IN CASO DI VARIAZIONE DELLE CONDIZIONI</b></li> <li>• LASCIARE IL PAZIENTE NELLA POSIZIONE CHE PREFERISCE</li> <li>• NON SOMMINISTRARE LIQUIDI, ALIMENTI O FARMACI</li> <li>• COPRIRE/RIPARARE IL PAZIENTE</li> <li>• NON SPOSTARE PAZIENTE SE NON IN CONDIZIONI DI PERICOLO</li> <li>• ALLENTARE INDUMENTI CHE COSTRINGONO IL PAZIENTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TENERE LIBERO IL TELEFONO FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> <li>• MANDARE QUALCUNO AD ASPETTARE L'AMBULANZA</li> <li>• ACCENDERE LE LUCI ESTERNE (SE BUIO)</li> <li>• APRIRE LA PORTA/AGEVOLARE L'ACCESSO ALLA SCENA</li> <li>• ALLONTANARE EVENTUALI ANIMALI DOMESTICI</li> <li>• RACCOGLIERE I FARMACI DEL PAZIENTE</li> <li>• RACCOGLIERE DOCUMENTAZIONE SANITARIA RECENTE</li> <li>• MANTENERE LA CALMA</li> <li>• RIMANERE CON IL PAZIENTE FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> </ul>
<b>ISTRUZIONI SANITARIE SPECIFICHE</b>	
<p>SE NON È PERICOLOSO, CHIEDERE AL CHIAMANTE DI RIMANERE SULLA SCENA AL FINE DI RIFERIRE VARIAZIONI/INTEGRAZIONI SULLE CONDIZIONI DEI PAZIENTI E DELLA SCENA.</p> <p>INVITARE A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ALLONTANARSI DALLA SCENA SE PRESENTI PERICOLI E FAR ALLONTANARE GLI ASTANTI</li> <li>• SE PRESENTI LINEE ELETTRICHE INTERROTTE, NON AVVICINARSI AI CAVI</li> <li>• SE POSSIBILE STACCARE LA CORRENTE</li> <li>• NON TOCCARE LA PERSONA SE ANCORA PRESENTI FONTI ELETTRICHE LIBERE</li> <li>• NON MUOVERE LA PERSONA A MENO CHE NON SI TROVI IN PERICOLO</li> <li>• SE NON COSCIENTE E NON RESPIRA DARE <b>IPA ACR</b></li> </ul>	



*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## INCIDENTE DA MACCHINARIO

### UTILIZZO SCHEDA

Questa scheda deve essere utilizzata quando il chiamante riferisce di essere in presenza di un evento traumatico causato dall'impiego da macchinari industriali, edili, agricoli o di uso domestico.

Le parole usate nella chiamata possono essere: "Amputazione arti da macchinario", "Arto schiacciato nel macchinario", "Colpito da oggetto scagliato da macchinario", "Incastrato nel macchinario".

### CRITERI GENERALI

Al fine dell'attribuzione del codice di criticità è necessario considerare

- Tipologia di macchinario che ha causato il trauma,
- Dinamica,
- Lesioni conseguenti,
- Luogo dell'evento.

Particolare attenzione deve essere prestata nello stabilire se il coinvolto sia incarcerato nel macchinario e se esistano pericoli reali o potenziali, al fine di allertare il soccorso tecnico.

E' utile valutare anche se l'incidente sia stato preceduto da un malore.

Considerare, comunque, che il chiamante può non trovarsi in vista dell'evento per mancate condizioni di sicurezza.

**Indicatori di criticità** sono:

- Trauma con diminuzione del livello di coscienza,
- Trauma cranico associato a: diminuzione del livello di coscienza, agitazione incontrollabile, difficoltà respiratoria, convulsioni,
- Ferita penetrante recente in zona centrale,
- Vittima incarcerata nel macchinario
- Luogo non in sicurezza.

Incidenti di questo tipo sono solitamente riconducibili ad infortuni sul lavoro. In caso di lesioni gravi deve essere immediatamente attivato lo SPISAL, al fine di garantire un tempestivo inizio di indagini volte a stabilire le cause dell'evento ed eventuali responsabilità.

In casi particolari, come il decesso o la necessità di assicurare immediatamente la scena, può essere opportuno l'invio delle forze dell'ordine.

**INCIDENTE DA MACCHINARIO**

**PAROLE CHIAVE**

**Amputazione arti da macchinario - Arto schiacciato nel macchinario - Colpito da oggetto scagliato da macchinario - Incastrato nel macchinario**

<b>D/S</b>	<p>Di che macchinario si tratta?          La vittima è incastrata nel/sotto il macchinario?          È precipitato?          È stato colpito da oggetti scagliati?          Ci sono parti amputate? Se SÌ: Ha recuperato la parte amputata?          Ci sono oggetti conficcati nel corpo del ferito?</p>
<b>A</b>	<p><b>Risponde se lo chiamate?</b>  <b>Aprire gli occhi se lo chiamate?</b>  <b>Parla?</b></p>
<b>B</b>	<p><b>Respira?</b>  <b>Come respira?</b>  <b>Sente rumori mentre respira? Ha un respiro veloce o affannoso?</b></p>
<b>C</b>	<p><b>È molto sudato? Suda freddo?</b>  <b>È molto pallido? Grigiastro?</b>  <b>È scuro/violaceo in viso?</b></p>
<b>N</b>	<p>Il ferito è agitato?          Riesce a muovere gli arti?          Ha parestesie/anestesia?</p>
<b>APP</b>	<p><b>Quanti anni ha?</b>  <b>Quando è successo?</b>          Di che cosa si lamenta?          Dove si è fatto male?          Ha qualche parte del corpo ustionata?          Sta sanguinando? Da dove?</p>
<b>APR</b>	
<b>T</b>	<p>Sono presenti pericoli? (Fumo/fiamme/acqua/cavi elettrici/gas/carburanti)          Sono presenti sostanze chimiche o tossiche? Di che tipo?</p>

<b>ASSEGNAZIONE CODICE COLORE</b>	
<b>ROSSO</b>	<p>Compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b> e/o <b>N</b>            Ferito incastrato/incarcerato.            Ferito sbalzato, proiettato/precipitato &gt; 3 m            Ferita penetrante in zona centrale (addome, anca, braccio, collo, coscia, inguine, natiche, schiena, testa, spalle, torace)            Amputazione di un arto            Arti maciullati o incarcerati nel macchinario            Esposizione dei visceri addominali            Ustioni estese</p>
<b>GIALLO</b>	<p>Amputazione/Incarcerazione di segmenti distali            Trauma contusivo e/o ferita in aree potenzialmente pericolose (Testa, Collo, Torace, Addome, Schiena, Pelvi)            Assenza di informazioni verificabili da terza persona chiamante</p>
<b>VERDE</b>	<p>Trauma agli arti senza alterazioni di sensibilità e mobilità</p>
<b>BIANCO</b>	<p><i>In questo problema non si ritiene opportuno assegnare questo codice colore</i></p>
<b>MMG-CA</b>	<p><i>In questo problema non si ritiene opportuno deviare a MMG-CA</i></p>
<b>CONSIGLIO</b>	<p>Ferita periferica (avambraccio, polso, mano, dita delle mani, gamba sotto il ginocchio, piede, dita dei piedi) o Traumatismi di lieve entità (Escoriazioni/Contusioni) che non comportino deficit motori o di qualsiasi altro tipo per i quali sia possibile un accesso in pronto soccorso o dal proprio medico curante, in autonomia</p>

<b>INCIDENTE DA MACCHINARIO</b>		
<b>ELEMENTI DA CONSIDERARE</b>	<b>RAZIONALE DELLE DOMANDE</b>	<b>PATOLOGIE PRINCIPALI PER RICHIESTE DI SOCCORSO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinamica e situazione</li> <li>• Stato di coscienza</li> <li>• Respirazione</li> <li>• Segni di circolo</li> <li>• Stato neurologico</li> <li>• Presenza di pericoli</li> </ul>	<p>Indagare elementi suggestivi di trauma maggiore</p> <p>Indagare compromissione delle funzioni vitali (A, B, C)</p> <p>Indagare la presenza di lesioni neurologiche centrali o periferiche</p> <p>Indagare la presenza di elementi di pericolo al fine di attivare il soccorso tecnico</p>	<p>Traumi aperti/chiusi</p> <p>Ferite penetranti</p> <p>Ferite lacero-contuse</p> <p>Fratture</p> <p>Amputazioni di arti o parti di essi</p>

CONSIGLI PRE ARRIVO	
ISTRUZIONI SANITARIE GENERICHE	ISTRUZIONI TECNICO-LOGISTICHE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RICHIAMARE IN CASO DI VARIAZIONE DELLE CONDIZIONI</b></li> <li>• LASCIARE IL PAZIENTE NELLA POSIZIONE CHE PREFERISCE</li> <li>• NON SOMMINISTRARE LIQUIDI, ALIMENTI O FARMACI</li> <li>• COPRIRE/RIPARARE IL PAZIENTE</li> <li>• NON SPOSTARE PAZIENTE SE NON IN CONDIZIONI DI PERICOLO</li> <li>• ALLENTARE INDUMENTI CHE COSTRINGONO IL PAZIENTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TENERE LIBERO IL TELEFONO FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> <li>• MANDARE QUALCUNO AD ASPETTARE L'AMBULANZA</li> <li>• AGEVOLARE L'ACCESSO ALLA SCENA</li> <li>• ALLONTANARE EVENTUALI ANIMALI DOMESTICI</li> <li>• MANTENERE LA CALMA</li> <li>• RIMANERE CON IL PAZIENTE FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> </ul>
ISTRUZIONI SANITARIE SPECIFICHE	
<p>SE NON È PERICOLOSO, CHIEDERE AL CHIAMANTE DI RIMANERE SULLA SCENA AL FINE DI RIFERIRE VARIAZIONI/INTEGRAZIONI SULLE CONDIZIONI DEI PAZIENTI E DELLA SCENA.</p> <p>INVITARE A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ALLONTANARSI DALLA SCENA SE PRESENTI PERICOLI E FAR ALLONTANARE GLI ASTANTI.</li> <li>• NON MUOVERE IL PAZIENTE A MENO CHE NON SI TROVI IN PERICOLO</li> <li>• NON RIMUOVERE EVENTUALI CORPI ESTRANEI DALLE FERITE, SE L'OGGETTO È GIÀ STATO RIMOSSO TAMPONARE LA FERITA CON GARZE O CON UN PANNINO PULITO</li> <li>• COMPRIMERE EVENTUALI LESIONI SANGUINANTI CON UN PANNINO PULITO E MANTENERE PREMUTO</li> <li>• RECUPERARE EVENTUALI PARTI AMPUTATE; SE POSSIBILE, METTERLE IN UN SACCHETTO E RIPORLE IN GHIACCIO</li> <li>• IN CASO DEI DEFORMITÀ DI UN ARTO LASCIARLO NELLA POSIZIONE IN CUI SI TROVA E CERCARE DI LIMITARE AL MINIMO I MOVIMENTI</li> </ul>	





*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## INCIDENTE STRADALE

### UTILIZZO SCHEDA

Questa scheda deve essere utilizzata quando l'utente segnala un evento traumatico causato dall'impiego di veicoli destinati al trasporto di persone e cose.

Nella chiamata le parole solitamente utilizzate sono: "Auto contro Auto", "Auto ribaltata o fuori strada", "Bici, bicicletta contro auto", "Frontale", "Impatto tra veicoli", "Incidente", "Investito", "Moto conto auto", "Scontro", "Tamponamento".

### CRITERI GENERALI

Per poter assegnare correttamente il codice di gravità si deve tenere conto delle informazioni cliniche disponibili nell'intervista telefonica, ma anche dei fattori che possono aver determinato un impatto ad alta energia.

La gravità delle lesioni, infatti, è dovuta all'ammontare dell'energia che viene trasferita nell'urto al corpo della persona: soggetti apparentemente illesi o con lesioni non critiche possono aver riportato traumi gravi i cui sintomi si manifestano solo in un momento successivo con una latenza variabile.

Negli incidenti stradali è inoltre indispensabile dimensionare quantità e tipologia del soccorso identificando il numero di vittime, le loro condizioni e la situazione dei veicoli coinvolti.

Gli elementi relativi all'evento che devono essere considerati comprendono:

- A. Tipologia dei mezzi coinvolti e della viabilità,
- B. Tipo di collisione (frontale, fronto-laterale, tamponamento),
- C. Dinamica (sbalzamento, eiezione, arrotamento, schiacciamento, ribaltamento),
- D. Cinematica (compromissione dell'abitacolo, danni gravi al veicolo, rottami sparsi).

### Criteri clinici:

- Compromissione di A – B – C – N,
- Amputazione prossimale di arto,
- Trauma aperto centrale – eviscerazione,
- Frattura ossa lunghe prossimali,
- Schiacciamento.

### Criteri situazionali assoluti:

Identificano la massima priorità di intervento anche se gli indicatori clinici sono negativi. Essi sono:

- Urto fronto-laterale su strada extraurbana o con vittima incarcerata,
- Urto frontale su strada a scorrimento veloce con vittime a bordo,
- Occupante sbalzato o eiettato dal veicolo,
- Occupante incarcerato nel veicolo deformato o capovolto,
- Investimento di pedone o ciclista su strada extraurbana o di scorrimento veloce.

**Criteri situazionali relativi:**

Identificano la massima priorità solo se non disponibili indicatori clinici. Essi sono:

- Infortunati ancora a bordo del veicolo su strada extraurbana o di scorrimento veloce,
- Veicolo rovesciato o uscito di strada,
- Scontro tra veicolo pesante e altri mezzi,
- Scontro tra motoveicoli o ciclomotori,
- Motociclista, fuoriuscita autonoma di strada,
- Motociclista o ciclista investito,
- Ciclista, caduta autonoma su strada in forte pendenza,
- Pedone investito ancora a terra,
- Autobus o minibus fuori strada o contro veicoli pesanti,
- Incidente con più mezzi coinvolti,
- Luogo noto per incidenti gravi frequenti.



*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

**INCIDENTE STRADALE**

**PAROLE CHIAVE**

<b>Auto – Auto ribaltata o fuori strada – Bici – Bicicletta – Frontale – Impatto – Incidente – Investito – Moto – Scontro – Tamponamento</b>	
<b>D/S</b>	<p>Quanti veicoli sono coinvolti?            Quali veicoli sono coinvolti? (Bici, moto, auto, furgone, camion, altri veicoli)            Quanti sono i feriti?            Vi sono persone sbalzate/eiettate dai veicoli?            Vi sono persone incarcerate nei veicoli?</p>
<b>A</b>	<p><b>Risponde se lo chiamate?</b>  <b>Aprire gli occhi se lo chiamate?</b>  <b>Parla?</b></p>
<b>B</b>	<p><b>Respira?</b>  <b>Come respira?</b>  <b>Sente rumori mentre respira? Ha un respiro veloce o affannoso?</b></p>
<b>C</b>	<p><b>È molto sudato? Suda freddo?</b>  <b>È molto pallido? Grigiastro?</b>  <b>È scuro/violaceo in viso?</b>  <b>Si sente male se si mette seduto o in piedi?</b></p>
<b>N</b>	<p>Il ferito è agitato?            Riesce a muovere gli arti?            Ha parestesie/anestesia?</p>
<b>APP</b>	<p><b>Quanti anni ha?</b> (Adulto o bambino?)            Di che cosa si lamenta?            Dove si è fatto male?            Ci sono oggetti conficcati nel corpo del ferito?            Ha ferite evidenti? Dove? Perde molto sangue?            Ha qualche parte del corpo ustionata?</p>
<b>APR</b>	
<b>T</b>	<p>Sono presenti pericoli? (Fumo/fiamme/acqua/cavi elettrici/gas/carburanti)            Vi sono veicoli che trasportano sostanze chimiche o tossiche? Di che tipo? (Eventualmente far leggere tabella KEMLER)</p>

<b>ASSEGNAZIONE CODICE COLORE</b>	
<b>ROSSO</b>	<p>Compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b> e/o <b>N</b>                      Criteri situazionali assoluti anche in assenza di indicatori clinici di gravità                      Criteri situazionali relativi se non sono disponibili indicatori clinici                      Ferita in zona centrale (addome, anca, braccio, collo, coscia, inguine, natiche, schiena, testa, spalle, torace)                      Amputazione di un arto                      Fratture esposte di ossa lunghe                      Esposizione dei visceri addominali                      Ustioni estese                      Ferite penetranti</p>
<b>GIALLO</b>	<p>Vittima stesa a terra                      Ferito esposto a condizioni climatiche avverse                      Trauma chiuso testa, torace, addome e schiena                      Amputazione di piccoli segmenti ossei                      Assenza di informazioni verificabili da terza persona chiamante</p>
<b>VERDE</b>	<p>Trauma agli arti senza alterazioni di sensibilità e mobilità                      Dolore al rachide cervicale senza alterazione della sensibilità e motilità                      Ferita periferica (avambraccio, polso, mano, dita delle mani, gamba sotto il ginocchio, piede, dita dei piedi)                      Escoriazioni/Contusioni</p>
<b>BIANCO</b>	<p><i>In questo problema non si ritiene opportuno assegnare questo codice colore</i></p>
<b>MMG-CA</b>	<p><i>In questo problema non si ritiene opportuno deviare a MMG-CA</i></p>
<b>CONSIGLIO</b>	<p><i>In questo problema non si ritiene opportuno fornire consigli</i></p>

<b>INCIDENTE STRADALE</b>		
<b>ELEMENTI DA CONSIDERARE</b>	<b>RAZIONALE DELLE DOMANDE</b>	<b>PATOLOGIE PRINCIPALI PER RICHIESTE DI SOCCORSO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinamica e situazione</li> <li>• Stato di coscienza</li> <li>• Respirazione</li> <li>• Segni di circolo</li> <li>• Stato neurologico</li> <li>• Presenza di pericoli</li> </ul>	<p>Indagare elementi suggestivi di trauma maggiore. Dimensionamento dell'evento per organizzare al meglio l'entità della risposta sanitaria</p> <p>Indagare compromissione delle funzioni vitali (A, B, C)</p> <p>Indagare la presenza di lesioni neurologiche centrali o periferiche</p> <p>Indagare la presenza di elementi di pericolo al fine di attivare il soccorso tecnico</p>	<p>Traumi aperti/chiusi</p> <p>Ferite penetranti</p> <p>Ferite lacerato-contuse</p> <p>Amputazioni di arti o parti di essi</p> <div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <p><b>CRITERI SITUAZIONALI ASSOLUTI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Urto fronto-laterale su strada extraurbana o con vittima incarcerata</li> <li>• Urto frontale su strada a scorrimento veloce vittime a bordo</li> <li>• Occupante sbalzato o eiettato dal veicolo</li> <li>• Occupante incarcerato nel veicolo deformato o capovolto</li> <li>• Investimento di pedoni o bicicletta</li> <li>• Investimento di pedone o bicicletta su strada extraurbana o di scorrimento veloce</li> </ul> <p><b>CRITERI SITUAZIONALI RELATIVI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infortunati ancora a bordo del veicolo, strada extraurbana o di scorrimento veloce</li> <li>• Veicolo rovesciato o uscito di strada</li> <li>• Scontro tra veicolo pesante e altri mezzi</li> <li>• Scontro tra motoveicoli o ciclomotori</li> <li>• Motociclista, fuoriuscita autonoma di strada</li> <li>• Motociclista o ciclista, investito</li> <li>• Ciclista, caduta autonoma su strada in forte pendenza</li> <li>• Pedone investito ancora a terra</li> <li>• Autobus o minibus fuori strada o contro veicoli pesanti</li> <li>• Incidente con più mezzi coinvolti</li> <li>• Luogo noto per incidenti gravi frequenti</li> </ul> </div>

## CONSIGLI PRE ARRIVO

ISTRUZIONI SANITARIE GENERICHE	ISTRUZIONI TECNICO-LOGISTICHE
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>RICHIAMARE IN CASO DI VARIAZIONE DELLE CONDIZIONI</b></li><li>• LASCIARE IL PAZIENTE NELLA POSIZIONE CHE PREFERISCE</li><li>• NON SOMMINISTRARE LIQUIDI, ALIMENTI O FARMACI</li><li>• COPRIRE/RIPARARE IL PAZIENTE</li><li>• NON SPOSTARE PAZIENTE SE NON IN CONDIZIONI DI PERICOLO</li><li>• ALLENARE INDUMENTI CHE COSTRINGONO IL PAZIENTE</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• TENERE LIBERO IL TELEFONO FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li><li>• MANDARE QUALCUNO AD ASPETTARE L'AMBULANZA</li><li>• AGEVOLARE L'ACCESSO ALLA SCENA</li><li>• MANTENERE LA CALMA</li><li>• RIMANERE CON IL PAZIENTE FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li></ul>
ISTRUZIONI SANITARIE SPECIFICHE	
<p>SE NON È PERICOLOSO, CHIEDERE AL CHIAMANTE DI RIMANERE SULLA SCENA AL FINE DI RIFERIRE VARIAZIONI/INTEGRAZIONI SULLE CONDIZIONI DEI PAZIENTI E DELLA SCENA.</p> <p>INVITARE A:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• ALLONTANARSI DALLA SCENA SE PRESENTI PERICOLI E FAR ALLONTANARE GLI ASTANTI.</li><li>• NON MUOVERE IL PAZIENTE A MENO CHE NON SI TROVI IN PERICOLO</li><li>• IN CASO DI MOTOCICLISTA COINVOLTO NON TOGLIERE IL CASCO</li><li>• COMPRIMERE EVENTUALI LESIONI SANGUINANTI CON UN PANNINO PULITO E MANTENERE PREMUTO</li><li>• IN CASO DI OGGETTO PENETRANTE NON RIMUOVERLO, SE È GIÀ STATO ESTRATTO TAMPONARE LA FERITA CON GARZE O PANNINO PULITO</li><li>• RECUPERARE EVENTUALI PARTI AMPUTATE; SE POSSIBILE, METTERLE IN UN SACCHETTO E RIPORLE IN GHIACCIO</li><li>• IN PRESENZA DI ARTI DEFORMATI LASCIARLI NELLA POSIZIONE IN CUI SI TROVANO NON CERCARE DI ALLINEARLI</li></ul>	





*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## MORSO/GRAFFIO/PUNTURA DI ANIMALE

### UTILIZZO SCHEDA

Questa scheda deve essere utilizzata quando l'utente segnala un morso o aggressione da parte di animale oppure una ferita /puntura da parte di animale.

Nella chiamata le parole solitamente utilizzate sono: "É stato morso/attaccato da un animale", "Mi ha attaccato", "Mi ha graffiato", "Mi ha punto", "Sono stato morso".

### CRITERI GENERALI

Morsi di animali e punture di insetto sono eventi frequenti e stagionalmente possono aumentare di intensità, specie nelle aree turistiche.

É importante individuare precocemente le condizioni potenzialmente evolutive come allergie note o reazioni allergiche gravi in seguito a puntura di insetto o morso di animale, e le lesioni provocate dall'aggressione da parte di animali domestici o selvatici.

**Indicatori di criticità** sono:

- Morsi di più animali,
- Punture multiple di imenottero,
- Morso di serpente o di animali esotici,
- Morso in zona centrale recente, < 6 ore, con emorragia,
- Amputazione di un arto,
- Allergia nota,
- Sanguinamenti non controllabili.

In molti casi le reazioni cliniche da contatto, morso, graffio e puntura sono lievi e risolvibili senza l'intervento di un'ambulanza.

### **Sicurezza della scena:**

- Nel caso di animali pericolosi (ad esempio serpenti velenosi o animali feroci) è determinante rilevare se l'animale sia ancora presente nei pressi della scena, eventualmente la sua posizione precisa, e anche se sia potenzialmente pericoloso per la vittima e i soccorritori
- Nel caso l'animale sia ancora presente e pericoloso è necessario attivare tempestivamente un soccorso tecnico in grado di catturare l'animale e porre l'area in sicurezza.

**MORSO/GRAFFIO/PUNTURA DI ANIMALE**

**PAROLE CHIAVE**

**È stato morso/attaccato da un animale - Mi ha attaccato – Mi ha graffiato – Mi ha punto - Sono stato morso**

<b>D/S</b>	Che tipo di animale è? Quanti animali? Quante persone sono coinvolte? Da quanto tempo è successo? In quale parte del corpo è stato morso?
<b>A</b>	<b>Risponde se lo chiamate? Aprire gli occhi se lo chiamate? Parla?</b>
<b>B</b>	<b>Respira? Come respira? Sente rumori mentre respira? Ha un respiro veloce o affannoso?</b>
<b>C</b>	<b>È molto sudato? Suda freddo? È molto pallido? Grigiastro? È più scuro/violaceo in viso rispetto al solito?</b>
<b>N</b>	<b>È agitato? È soporoso?</b>
<b>APP</b>	Ci sono ferite/lacerazioni/punture/eritemi? Sanguina? Ci sono parti amputate? Se SÌ: Ha recuperato la parte amputata? Ha altri sintomi? <b>Quanti anni ha? Maschio o femmina?</b>
<b>APR</b>	<b>Ha qualche malattia o allergia nota? (Considera scheda ANAFILASSI/REAZIONE ALLERGICA) Assume farmaci?</b>
<b>T</b>	È ancora presente l'animale? È contenuto o pericoloso per i presenti e i soccorritori? Ci sono fonti di pericolo non in sicurezza?

## ASSEGNAZIONE CODICE COLORE

<b>ROSSO</b>	<p>Compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b> e/o <b>N</b>  Morsi di più animali  Punture multiple di imenotteri  Morso di serpente o di animali esotici  Morso in zona centrale recente, &lt;6 ore, con emorragia (addome, anca, braccio, collo, coscia, inguine, natiche, schiena, testa, spalle, torace)  Amputazione di un arto</p>
<b>GIALLO</b>	<p>Morso in zona periferica, recente, &lt;6 ore, con emorragia (avambraccio, polso, mano, dita delle mani, gamba sotto il ginocchio, piede, dita dei piedi)  Amputazione di piccoli segmenti ossei  Assenza di informazioni verificabili da terza persona chiamante</p>
<b>VERDE</b>	<p>Morso in zona centrale, non recente, ≥6 ore (addome, anca, braccio, collo, coscia, inguine, natiche, schiena, testa, spalle, torace)  Reazione allergica senza compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b> e/o <b>N</b></p>
<b>BIANCO</b>	<p><i>In questo problema non si ritiene opportuno assegnare questo codice colore</i></p>
<b>MMG-CA</b>	<p>Reazione locale evidente</p>
<b>CONSIGLIO</b>	<p>Consigliare di recarsi in pronto soccorso o farsi accompagnare in pronto soccorso se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Morso superficiale/di piccole dimensioni in zona periferica, non recente, ≥6 ore</li> <li>Ferita periferica (avambraccio, polso, mano, dita delle mani, gamba sotto il ginocchio, piede, dita dei piedi)</li> <li>Necessità di referto, con lesioni di lieve entità</li> <li>Necessità di profilassi antitetanica</li> <li>Morso di zecca, di insetto o pungiglione ancora in sede</li> <li>Puntura di pesce ragno e medusa</li> </ul>

<b>MORSO/GRAFFIO/PUNTURA DI ANIMALE</b>		
<b>ELEMENTI DA CONSIDERARE</b>	<b>RAZIONALE DELLE DOMANDE</b>	<b>PATOLOGIE PRINCIPALI PER RICHIESTE DI SOCCORSO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinamica e situazione</li>   <li>• Stato di coscienza</li> <li>• Respirazione</li> <li>• Segni di circolo</li> <li>• Stato neurologico</li>   <li>• Tipo di trauma</li>   <li>• Malattia o allergia nota</li> </ul>	<p>Identificare le modalità e i tempi dell'accaduto, il tipo di animale che ha compiuto l'attacco, la sede delle ferite e l'eventuale presenza dell'animale sulla scena al fine di attivare il soccorso tecnico/Forze dell'Ordine</p> <p>Indagare compromissione delle funzioni vitali (A, B, C, N)</p> <p>Determinare la gravità delle lesioni ed il potenziale rischio evolutivo</p> <p>Indagare la presenza di allergie note per le sostanze inoculate</p>	<p>Shock anafilattico</p> <p>Altre reazioni allergiche maggiori o minori</p> <p>Lesioni da morso</p> <p>Avvelenamento da sostanze inoculate</p> <p>Reazioni locali</p>

CONSIGLI PRE ARRIVO	
ISTRUZIONI SANITARIE GENERICHE	ISTRUZIONI TECNICO-LOGISTICHE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RICHIAMARE IN CASO DI VARIAZIONE DELLE CONDIZIONI</b></li> <li>• LASCIARE IL PAZIENTE NELLA POSIZIONE CHE PREFERISCE</li> <li>• NON SOMMINISTRARE LIQUIDI O ALIMENTI</li> <li>• COPRIRE/RIPARARE IL PAZIENTE</li> <li>• NON SPOSTARE PAZIENTE SE NON IN CONDIZIONI DI PERICOLO</li> <li>• ALLENTARE INDUMENTI CHE COSTRINGONO IL PAZIENTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TENERE LIBERO IL TELEFONO FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> <li>• MANDARE QUALCUNO AD ASPETTARE L'AMBULANZA</li> <li>• ACCENDERE LE LUCI ESTERNE (SE BUIO)</li> <li>• APRIRE LA PORTA/AGEVOLARE L'ACCESSO ALLA SCENA</li> <li>• ALLONTANARE EVENTUALI ANIMALI DOMESTICI</li> <li>• MANTENERE LA CALMA</li> <li>• RIMANERE CON IL PAZIENTE FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> </ul>
ISTRUZIONI SANITARIE SPECIFICHE	
<p>SE NON È PERICOLOSO, CHIEDERE AL CHIAMANTE DI RIMANERE SULLA SCENA AL FINE DI RIFERIRE VARIAZIONI/INTEGRAZIONI SULLE CONDIZIONI DEI PAZIENTI E DELLA SCENA.</p> <p>INVITARE A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ALLONTANARSI DALLA SCENA SE PRESENTI PERICOLI E FAR ALLONTANARE GLI ASTANTI</li> <li>• SE È SICURO, CONTENERE L'ANIMALE</li> <li>• NON MUOVERE IL PAZIENTE A MENO CHE NON SI TROVI IN PERICOLO</li> <li>• NON RIMUOVERE EVENTUALI CORPI ESTRANEI DALLE FERITE</li> <li>• COMPRIMERE EVENTUALI LESIONI SANGUINANTI CON UN PANNO PULITO/ASCIUGAMANO/GARZE E MANTENERE PREMUTO. IN CASO LA MEDICAZIONE SIA IMBEVUTA, NON RIMUOVERE MA COPRIRE CON ALTRA MEDICAZIONE</li> <li>• RECUPERARE EVENTUALI PARTI AMPUTATE; SE POSSIBILE, METTERLE IN UN SACCHETTO E RIPORLE IN GHIACCIO</li> <li>• AGEVOLARE L'ARRIVO DEI MEZZI DI SOCCORSO NON INTRALCIANDO E SEGNALANDO IL LUOGO</li> <li>• SE IL PAZIENTE RIFERISCE DI ESSERE ALLERGICO, È IN POSSESSO DI SIRINGA AUTO INIETTANTE ED È ADDESTRATO AD USARLA, SUGGERIRE L'USO DEL FARMACO</li> <li>• SE PUNTURA DI MEDUSA O PESCE RAGNO, METTERE LA ZONA COLPITA IMMERSA IN ACQUA CALDA</li> </ul>	



*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## TRAUMI SPECIFICI

### UTILIZZO SCHEDA

Questa scheda deve essere utilizzata quando il chiamante riferisce di essere in presenza di un evento traumatico localizzato in precisi distretti corporei.

Le parole chiave usate nella chiamata possono essere: "Ha avuto un trauma a...", "Ha battuto...", "Si è amputato...", "Si è fatto male a...", "Si è fratturato...", "Si è schiacciato...".

### CRITERI GENERALI

I traumi oggetto di questa scheda si possono verificare in ambiente domestico, lavorativo, sportivo o ricreativo. Possono essere traumi aperti o chiusi, fratture, ferite penetranti, ferite lacero-contuse, schiacciamenti, amputazioni di arti o parti di essi.

È necessario che il dispatcher ottenga informazioni specifiche sulla zona corporea interessata dal trauma, sulla presenza di lesioni penetranti in zone centrali che possono aver leso organi interni, e sulla dinamica dello stesso.

**Indicatori di criticità** sono:

- Trauma con diminuzione del livello di coscienza;
- Trauma cranico associato a:
  - Diminuzione del livello di coscienza,
  - Agitazione incontrollabile e paziente scarsamente contattabile,
  - Difficoltà respiratoria,
  - Convulsioni in seguito al trauma cranico;
- Ferita penetrante recente (occorsa da meno di 6 ore) in zona centrale: addome, anca, braccio, collo, coscia, inguine, natiche, schiena, testa, spalle, torace;
- Amputazioni.

È determinante valutare se nello scenario dell'evento esistano pericoli reali o potenziali per i soccorritori al fine di allertare il soccorso tecnico.



## TRAUMI SPECIFICI

### PAROLE CHIAVE

Ha avuto un trauma a... - Ha battuto... - Si è amputato... - Si è fatto male a... - **Si è fratturato...** - Si è schiacciato...

<b>D/S</b>	Come è avvenuto il trauma? Quando è successo?
<b>A</b>	<b>Risponde se lo chiamate?</b> <b>Aprire gli occhi se lo chiamate?</b> <b>Parla?</b>
<b>B</b>	<b>Respira?</b> <b>Come respira?</b> <b>Sente rumori mentre respira? Ha un respiro veloce o affannoso?</b>
<b>C</b>	<b>È molto sudato? Suda freddo?</b> <b>È molto pallido? Grigiastro?</b> <b>È più scuro/violaceo in viso rispetto al solito?</b> <b>Si sente male se si mette seduto o in piedi?</b>
<b>N</b>	Il ferito è agitato? Riesce a muovere gli arti? Ha parestesie/anestesia? Ha avuto vomito a getto o convulsioni? (Se trauma cranico)
<b>APP</b>	<b>Quanti anni ha?</b> Lamenta dolore? Ha ferite evidenti? Perde molto sangue? Ci sono oggetti conficcati nel corpo del ferito? Ci sono parti amputate? Se Sì: Ha recuperato la parte amputata?
<b>APR</b>	
<b>T</b>	Dove si trova adesso? È in un punto raggiungibile? Sono presenti pericoli? (Fumo/fiamme/acqua/cavi elettrici/gas/carburanti)

<b>ASSEGNAZIONE CODICE COLORE</b>	
<b>ROSSO</b>	<p>Compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b> e/o <b>N</b>            Ferita penetrante in zona centrale recente, &lt;6 ore (addome, anca, braccio, collo, coscia, inguine, natiche, schiena, testa, spalle, torace)            Amputazione di un arto</p>
<b>GIALLO</b>	<p>Amputazione di piccoli segmenti ossei            Ferita penetrante in zona periferica, recente, &lt;6 ore            Trauma contusivo e/o ferita in aree potenzialmente pericolose, recente, &lt;6 ore (Testa, Collo, Torace, Addome, Schiena, Pelvi)            Sospetta frattura monolaterale di femore            Lesioni/situazione sconosciute, terza persona che chiama</p>
<b>VERDE</b>	<p>Trauma contusivo e/o ferita in aree potenzialmente pericolose, non recente, ≥6 ore (Testa, Collo, Torace, Addome, Schiena, Pelvi)            Trauma agli arti senza alterazioni di sensibilità e mobilità            Sospetta frattura di femore nell'anziano            Ferita penetrante in zona centrale, non recente, ≥6 ore (addome, anca, braccio, collo, coscia, inguine, natiche, schiena, testa, spalle, torace)</p>
<b>BIANCO</b>	Controllo radiologico urgente richiesto dal MMG
<b>MMG-CA</b>	Escoriazioni/contusioni/tumefazioni
<b>CONSIGLIO</b>	<p>Consigliare di recarsi in pronto soccorso o farsi accompagnare in pronto soccorso se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ferita penetrante in zona periferica, non recente, ≥6 ore</li> <li>• Trauma contusivo e/o ferita in aree potenzialmente non pericolose</li> <li>• Ferita periferica (avambraccio, polso, mano, dita delle mani, gamba sotto il ginocchio, piede, dita dei piedi)</li> <li>• Necessità di referto, con lesioni di lieve entità</li> <li>• Abrasioni corneali da piccoli corpi estranei</li> </ul>

<b>TRAUMI SPECIFICI</b>		
<b>ELEMENTI DA CONSIDERARE</b>	<b>RAZIONALE DELLE DOMANDE</b>	<b>PATOLOGIE PRINCIPALI PER RICHIESTE DI SOCCORSO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinamica e situazione</li> <li>• Stato di coscienza</li> <li>• Respirazione</li> <li>• Segni di circolo</li> <li>• Stato neurologico</li> <li>• Zona corporea interessata</li> <li>• Tipo di trauma</li> <li>• Epoca dell'evento</li> <li>• Presenza di pericoli</li> </ul>	<p>Identificare le modalità con cui è avvenuto il trauma</p> <p>Indagare compromissione delle funzioni vitali (A, B, C)</p> <p>Indagare la presenza di lesioni neurologiche centrali o segni di shock</p> <p>Determinare la gravità delle lesioni ed il potenziale rischio evolutivo</p> <p>Indagare la presenza di elementi di pericolo al fine di attivare il soccorso tecnico/Forze dell'Ordine</p>	<p>Traumi aperti/chiusi</p> <p>Fratture</p> <p>Ferite penetranti</p> <p>Ferite lacero-contuse</p> <p>Schiacciamenti</p> <p>Amputazioni di arti o parti di essi</p>

CONSIGLI PRE ARRIVO	
ISTRUZIONI SANITARIE GENERICHE	ISTRUZIONI TECNICO-LOGISTICHE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RICHIAMARE IN CASO DI VARIAZIONE DELLE CONDIZIONI</b></li> <li>• LASCIARE IL PAZIENTE NELLA POSIZIONE CHE PREFERISCE</li> <li>• NON SOMMINISTRARE LIQUIDI, ALIMENTI O FARMACI</li> <li>• COPRIRE/RIPARARE IL PAZIENTE</li> <li>• NON SPOSTARE PAZIENTE SE NON IN CONDIZIONI DI PERICOLO</li> <li>• ALLENTARE INDUMENTI CHE COSTRINGONO IL PAZIENTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TENERE LIBERO IL TELEFONO FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> <li>• MANDARE QUALCUNO AD ASPETTARE L'AMBULANZA</li> <li>• ACCENDERE LE LUCI ESTERNE (SE BUIO)</li> <li>• APRIRE LA PORTA/AGEVOLARE L'ACCESSO ALLA SCENA</li> <li>• ALLONTANARE EVENTUALI ANIMALI DOMESTICI</li> <li>• RACCOGLIERE I FARMACI DEL PAZIENTE</li> <li>• RACCOGLIERE DOCUMENTAZIONE SANITARIA RECENTE</li> <li>• MANTENERE LA CALMA</li> <li>• RIMANERE CON IL PAZIENTE FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> </ul>
ISTRUZIONI SANITARIE SPECIFICHE	
<p>SE NON È PERICOLOSO, CHIEDERE AL CHIAMANTE DI RIMANERE SULLA SCENA AL FINE DI RIFERIRE VARIAZIONI/INTEGRAZIONI SULLE CONDIZIONI DEI PAZIENTI E DELLA SCENA.</p> <p>INVITARE A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ALLONTANARSI DALLA SCENA SE PRESENTI PERICOLI E FAR ALLONTANARE GLI ASTANTI.</li> <li>• NON MUOVERE IL PAZIENTE A MENO CHE NON SI TROVI IN PERICOLO</li> <li>• NON RIMUOVERE EVENTUALI CORPI ESTRANEI DALLE FERITE</li> <li>• COMPRIMERE EVENTUALI LESIONI SANGUINANTI CON UN PANNO PULITO E MANTENERE PREMUTO</li> <li>• RECUPERARE EVENTUALI PARTI AMPUTATE; SE POSSIBILE, METTERLE IN UN SACCHETTO E RIPORLE IN GHIACCIO</li> <li>• AGEVOLARE L'ARRIVO DEI MEZZI DI SOCCORSO NON INTRALCIANDO E SEGNALANDO IL LUOGO</li> <li>• SE SCENA NON SITUATA SU VIABILITA' ORDINARIA, INVIARE QUALCUNO IN UN PUNTO RAGGIUNGIBILE DAL MEZZO DI SOCCORSO</li> </ul>	



*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## USTIONI / ESPLOSIONE / INCENDIO

### UTILIZZO SCHEDA

Questa scheda deve essere utilizzata quando il chiamante riferisce un incendio o un'esplosione con feriti, oppure quando un soggetto è stato esposto ad agenti ustionanti di qualsiasi natura.

Le parole usate nella chiamata possono essere quindi: "C'è stato uno scoppio", "C'è un incendio", "Ha delle bolle sulla pelle", "Ha un'ustione", "Lesioni da acido", "Si è bruciato".

### CRITERI GENERALI

Le ustioni sono lesioni dei tessuti causate dall'esposizione a fonti termiche, sorgenti elettriche, sostanze chimiche, radiazioni o raggi solari.

Durante la chiamata di soccorso è difficile rilevare notizie attendibili relative alla profondità dell'ustione, pertanto è importante stimarne, almeno approssimativamente, l'estensione.

**Indicatori di criticità** sono:

- Ustioni dirette o indirette delle vie respiratorie sono pericolose perché causano frequentemente gravi edemi con rischio di ostruzione e soffocamento;
- Nel caso di esplosioni o incendi con soggetti ustionati trovati soporosi o privi di coscienza è opportuno sospettare l'inalazione di fumi, spesso associata a significativa inalazione di monossido di carbonio, nonché traumi cranici importanti;
- È pericoloso sottovalutare l'assenza o carenza di informazioni: si ritiene perciò opportuna l'assegnazione del codice giallo per garantire una priorità di intervento pur senza inviare la massima risposta sanitaria.
- Ustioni da fonti elettriche, generalmente ad alta tensione: in questo caso non è sufficiente basarsi solo sull'esame della cute, in quanto il danno maggiore potrebbe avvenire nei tessuti sottostanti. Per questo motivo le ustioni elettriche possono apparire meno gravi di quello che sono in realtà. Inoltre, il contatto con la tensione elettrica, sia alta che bassa, può portare ad aritmie cardiache fino all'arresto cardiocircolatorio.

È opportuno che il dispatcher raccolga dettagliate informazioni sulla dinamica dell'evento, il numero di soggetti coinvolti e altre informazioni utili all'attivazione del Soccorso tecnico, in quanto la messa in sicurezza della scena ha un'altissima priorità.

### La Regola del Nove

Per stimare empiricamente la percentuale di superficie corporea ustionata, possiamo utilizzare la cosiddetta "Regola del nove" o di Wallace, che divide la superficie del corpo in zone, ciascuna delle quali corrisponde al 9% del totale o a un suo multiplo:

- testa 9 % (18 % nel bambino)
- tronco, superficie anteriore 18 %

- tronco, superficie posteriore 18 %
- arto superiore 9 %
- arto inferiore 18 % (13,5% nel bambino)
- genitali esterni 1%

Le percentuali sono leggermente modificate nel bambino, in quanto variano le proporzioni delle diverse parti del corpo. Ad esempio, i lattanti hanno la testa in proporzione più grande rispetto a quella degli adulti.





*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*



**USTIONE / ESPLOSIONE / INCENDIO**

**PAROLE CHIAVE**

C'è stato uno **scoppio** – C'è un **incendio** – **Ha delle bolle sulla pelle** – **Ha un'ustione** – **Lesioni da acido** - **Si è bruciato**

Come si è ustionato? (Calore, fuoco, vapore, sostanze chimiche, esplosione)  
È possibile allontanare il ferito senza correre rischi?

**A**  
**Risponde se lo chiamate?**  
**Aprire gli occhi se lo chiamate?**  
**Parla?**

**B**  
**Respira?**  
**Come respira?**  
**Sente rumori mentre respira? Ha un respiro veloce o affannoso?**  
Ha inalato fumo?  
Ha difficoltà a deglutire?  
Ha difficoltà a parlare?  
Presenta bruciature a livello della bocca, del viso o del torace?

**C**  
**È molto sudato? Suda freddo?**  
**È molto pallido? Grigiastro?**  
**È più scuro/violaceo in viso rispetto al solito?**  
**Si sente male quando si mette seduto o in piedi?**

**N**  
È agitato?

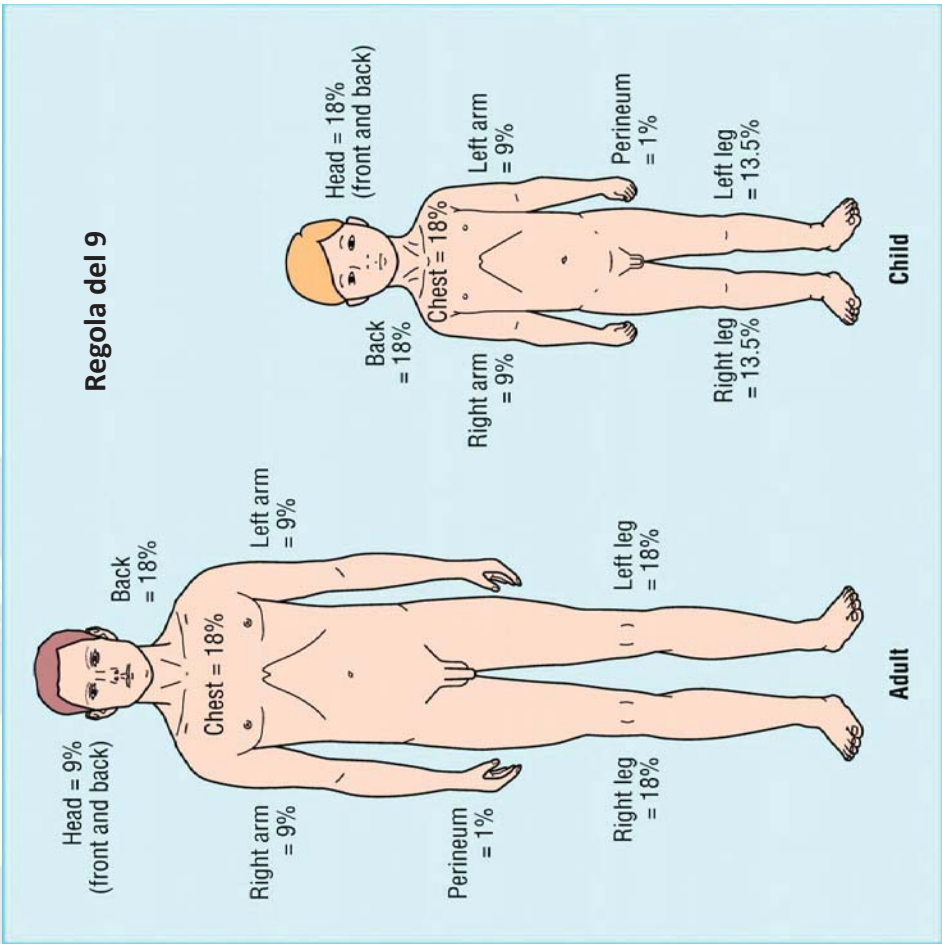
**APP**  
**Quanti anni ha?**  
**Maschio o femmina?**  
**Da quanto tempo è successo?**  
Dove è localizzata l'ustione?  
Quanto è estesa l'ustione?  
Presenta vescicole o pelle che si stacca?  
Ha riportato traumi? (**Considera scheda TRAUMI SPECIFICI**)

**APR**  
**Ha qualche malattia nota?**  
**Assume farmaci?**

**T**  
Ci sono fiamme, incendi ancora in corso?  
Ci sono sostanze chimiche libere?  
Ci sono altre fonti di pericolo non ancora in sicurezza?

<b>ASSEGNAZIONE CODICE COLORE</b>	
<b>ROSSO</b>	<p>Compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b> e/o <b>N</b>                      Esplosione                      Incendio con persone non evacuate                      Estensione &gt; 18% s.c. nel bambino</p>
<b>GIALLO</b>	<p>Estensione &gt; 18% s.c. nell'adulto                      Inalazione di fumo senza compromissione di <b>B</b>                      Assenza di informazioni verificabili da terza persona chiamante</p>
<b>VERDE</b>	<p>Estensione &lt; 18% s.c.</p>
<b>BIANCO</b>	<p><i>In questo problema non si ritiene opportuno assegnare questo codice colore</i></p>
<b>MMG-CA</b>	<p>Piccole ustioni da caldo/freddo                      Eritema solare</p>
<b>CONSIGLIO</b>	<p>Consigliare di recarsi in pronto soccorso o farsi accompagnare in pronto soccorso se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ustioni localizzate all'occhio (saldatura, esposizione UVA, sostanze chimiche)</li> <li>• Inalazione di fumo senza altri sintomi</li> </ul>

## USTIONE / ESPLOSIONE / INCENDIO

ELEMENTI DA CONSIDERARE	RAZIONALE DELLE DOMANDE	PATOLOGIE PRINCIPALI PER RICHIESTE DI SOCCORSO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinamica e situazione</li> <li>• Stato di coscienza</li> <li>• Respirazione</li> <li>• Segni di circolo</li> <li>• Stato neurologico</li> <li>• Età</li> <li>• Sesso</li> <li>• Tempo di insorgenza</li> <li>• Zona corporea interessata</li> <li>• Presenza di traumi</li> <li>• Presenza di pericoli</li> </ul>	<p>Identificare le modalità dell'evento, e le cause dell'ustione, rilevando informazioni sulla sicurezza della scena</p> <p>Indagare compromissione delle funzioni vitali (A, B, C, N)</p> <p>Determinare se infortunato adulto o bambino per valutare la percentuale dell'area corporea interessata (regola del 9) ed il relativo grado d'ustione per poter stabilire la gravità stesse ed la potenziale evoluzione clinica. Definire la durata dell'esposizione.</p> <p>Indagare se vi è la presenza di traumi associati all'ustione</p> <p>Indagare la presenza di fiamme, sostanze caustiche e/o di altri pericoli sulla scena al fine di attivare il soccorso tecnico/Forze dell'Ordine</p>	<p>Ustioni da agenti chimici/fisici</p> <div style="text-align: center;">  <p><b>Regola del 9</b></p> <p><b>Adult</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Head = 9% (front and back)</li> <li>Chest = 18%</li> <li>Back = 18%</li> <li>Right arm = 9%</li> <li>Left arm = 9%</li> <li>Perineum = 1%</li> <li>Right leg = 18%</li> <li>Left leg = 18%</li> </ul> <p><b>Child</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Head = 18% (front and back)</li> <li>Chest = 18%</li> <li>Back = 18%</li> <li>Right arm = 9%</li> <li>Left arm = 9%</li> <li>Perineum = 1%</li> <li>Right leg = 13.5%</li> <li>Left leg = 13.5%</li> </ul> </div>

<b>CONSIGLI PRE ARRIVO</b>	
<b>ISTRUZIONI SANITARIE GENERICHE</b>	<b>ISTRUZIONI TECNICO-LOGISTICHE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RICHIAMARE IN CASO DI VARIAZIONE DELLE CONDIZIONI</b></li> <li>• LASCIARE IL PAZIENTE NELLA POSIZIONE CHE PREFERISCE</li> <li>• NON SOMMINISTRARE LIQUIDI, ALIMENTI O FARMACI</li> <li>• COPRIRE/RIPARARE IL PAZIENTE</li> <li>• NON SPOSTARE PAZIENTE SE NON IN CONDIZIONI DI PERICOLO</li> <li>• ALLENTARE INDUMENTI CHE COSTRINGONO IL PAZIENTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TENERE LIBERO IL TELEFONO FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> <li>• MANDARE QUALCUNO AD ASPETTARE L'AMBULANZA</li> <li>• ACCENDERE LE LUCI ESTERNE (SE BUIO)</li> <li>• APRIRE LA PORTA/AGEVOLARE L'ACCESSO ALLA SCENA</li> <li>• ALLONTANARE EVENTUALI ANIMALI DOMESTICI</li> <li>• RACCOGLIERE I FARMACI DEL PAZIENTE</li> <li>• RACCOGLIERE DOCUMENTAZIONE SANITARIA RECENTE</li> <li>• MANTENERE LA CALMA</li> <li>• RIMANERE CON IL PAZIENTE FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> </ul>
<b>ISTRUZIONI SANITARIE SPECIFICHE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• IRRORARE CON ACQUA FREDDA LA PARTE USTIONATA FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> <li>• NON APPLICARE POMATE, UNGUENTI O ALTRO</li> <li>• TOGLIERE GLI INDUMENTI SOLO SE SI POSSONO RIMUOVERE FACILMENTE</li> <li>• IN CASO DI USTIONE CHIMICA RIMUOVERE LA SOSTANZA MECCANICAMENTE SENZA USARE ACQUA</li> </ul>	



*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## VALANGA

### UTILIZZO SCHEDA:

Questa scheda deve essere utilizzata quando il chiamante riferisce il distacco di una valanga, slavina o persone sepolte da neve.

Le parole chiave usate nella chiamata possono essere quindi: "Persone sepolte dalla neve", "Slavina", "Valanga".

### CRITERI GENERALI:

Con il termine valanga si intende ogni processo di mobilitazione di masse nevose che prendono avvio da un versante montano e proseguono la loro corsa sino a quando la ridotta pendenza e/o ostacoli ne provocano l'arresto.

L'evento valanga può essere una situazione molto pericolosa, perciò è molto importante dimensionare l'evento e la potenziale evoluzione dello stesso al fine di fornire ai soccorritori che stanno intervenendo notizie fondamentali per la loro sicurezza personale, nonché di attivare il soccorso tecnico (115, CNSAS, soccorso pista).

La possibilità di sopravvivenza dei pazienti dipende dalla tempestività dei soccorsi. A tal fine è fondamentale:

- Determinare il numero di persone coinvolte, se sono ancora sepolte o se sono già state estratte,
- Identificare il luogo dell'evento tramite coordinate GPS,
- Accertare il fronte della valanga,
- Valutare le condizioni meteo.

### Indicatori di criticità:

La grave ipotermia è rappresentata dalla presenza di brivido scuotente con compromissione dello stato neurologico e delle funzioni vitali sino allo stato di morte apparente (mettere in atto le manovre di RCP).

**VALANGA**

**PAROLE CHIAVE**

**Persone sepolte dalla neve - Slavina – Valanga**

	<p>Quante persone sono state coinvolte/travolte?          Sono ancora sepolti?          Da quanto tempo è successo?          Avevano con sé l'ARTVA?          Avevano l'airbag?          Avete le attrezzature per l'autosoccorso?</p>
<b>D/S</b>	
<b>A</b>	<p><b>Risponde se lo chiamate?</b>  <b>Aprire gli occhi se lo chiamate?</b>  <b>Parla?</b></p>
<b>B</b>	<p><b>Respira?</b>  <b>Come respira?</b>  <b>Sente rumori mentre respira? Ha un respiro veloce o affannoso?</b>          Se estratto aveva neve in bocca?</p>
<b>C</b>	<p><b>È molto sudato? Suda freddo?</b>  <b>È molto pallido? Grigiastro?</b>  <b>È più scuro/violaceo in viso rispetto al solito?</b></p>
<b>N</b>	<p>Riesce a muovere gli arti?          Ha parestesie/anestesia?          Ha brivido? (<b>Considera scheda ASSIDERAMENTO/CONGELAMENTO</b>)</p>
<b>APP</b>	<p><b>Quanti anni ha?</b>  <b>Maschio o femmina?</b>          Ha traumi evidenti? (<b>Considera scheda TRAUMI SPECIFICI</b>)</p>
<b>APR</b>	
<b>T</b>	<p>Dove si trova adesso?          È in un punto raggiungibile?          Ha le coordinate GPS del luogo?          Ci sono pericoli ulteriori per gli infortunati o per i soccorritori?</p>

<b>ASSEGNAZIONE CODICE COLORE</b>	
<b>ROSSO</b>	<p>Sepolto/i o presunto/i tale/i            Paziente/i estratti con compromissione di <b>A</b> e/o <b>B</b> e/o <b>C</b>            Vittima apparentemente morta            Probabilità di trauma maggiore (valanga a lastroni, persona precipitata)</p>
<b>GIALLO</b>	<p>Paziente sveglio con brivido violento/scuotente e/o incapacità di movimento finalizzato            Area corporea pallida, intorpidimento, formicolio, dolore/bruciore            Trauma contusivo in aree potenzialmente pericolose (Testa, Collo, Torace, Addome, Schiena, Pelvi)            Sospetta frattura/lussazione            Pazienti estratti con lesioni/situazione sconosciute</p>
<b>VERDE</b>	<p>Pazienti con traumi in sedi periferiche (avambraccio, polso, mano, dita delle mani, gamba sotto il ginocchio, piede, dita dei piedi) senza altri sintomi</p>
<b>BIANCO</b>	<p>I coinvolti non sono in condizioni di pericolo oppure non necessitano di soccorso sanitario</p>
<b>MMG-CA</b>	<p><i>In questo problema non si ritiene opportuno deviare a MMG-CA</i></p>
<b>CONSIGLIO</b>	<p><i>In questo problema non si ritiene opportuno fornire consigli</i></p>



<b>VALANGA</b>		
<b>ELEMENTI DA CONSIDERARE</b>	<b>RAZIONALE DELLE DOMANDE</b>	<b>PATOLOGIE PRINCIPALI PER RICHIESTE DI SOCCORSO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinamica e situazione</li>   <li>• Stato di coscienza</li> <li>• Respirazione</li> <li>• Segni di circolo</li>   <li>• Stato neurologico</li>   <li>• Presenza di pericoli</li>   <li>• Disponibilità coordinate GPS</li> </ul>	<p>Identificare le modalità dell'accaduto, rilevando criteri di trauma maggiore e il tempo di esposizione. Capire il potenziale numero di sepolti ed eventuale dotazione di ARVA. Raccogliere informazioni per l'attivazione del soccorso tecnico.</p> <p>Indagare compromissione delle funzioni vitali (A, B, C)</p> <p>Indagare la presenza di lesioni neurologiche centrali, segni di shock, ipotermia</p> <p>Indagare la presenza ulteriori di pericoli sulla scena al fine di attivare il soccorso tecnico/Forze dell'Ordine</p> <p>Localizzare il target in maniera precisa.</p>	<p>Arresto cardiocircolatorio</p> <p>Ipotermia</p> <p>Politraumi</p> <p>Congelamento</p>

<b>CONSIGLI PRE ARRIVO</b>	
<b>ISTRUZIONI SANITARIE GENERICHE</b>	<b>ISTRUZIONI TECNICO-LOGISTICHE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RICHIAMARE IN CASO DI VARIAZIONE DELLE CONDIZIONI</b></li> <li>• LASCIARE IL PAZIENTE NELLA POSIZIONE CHE PREFERISCE</li> <li>• NON SOMMINISTRARE LIQUIDI, ALIMENTI O FARMACI</li> <li>• COPRIRE/RIPARARE IL PAZIENTE</li> <li>• NON SPOSTARE PAZIENTE SE NON IN CONDIZIONI DI PERICOLO</li> <li>• ALLENTARE INDUMENTI CHE COSTRINGONO IL PAZIENTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TENERE LIBERO IL TELEFONO FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> <li>• MANDARE QUALCUNO AD ASPETTARE L'AMBULANZA</li> <li>• AGEVOLARE L'ACCESSO ALLA SCENA</li> <li>• MANTENERE LA CALMA</li> <li>• RIMANERE CON IL PAZIENTE FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</li> </ul>
<b>ISTRUZIONI SANITARIE SPECIFICHE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• SE INCOSCIENTE E NON RESPIRA, DARE <b>IPA ARRESTO CARDIACO</b></li> <li>• RISCALDARE IL PAZIENTE E/O PORTARLO IN UN AMBIENTE CALDO</li> <li>• RIMUOVERE EVENTUALI INDUMENTI BAGNATI</li> <li>• SE RECUPERATO DOPO SOMMERSIONE, LIBERARE LE VIE AEREE</li> </ul>	



*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## ISTRUZIONI PRE ARRIVO

Le Istruzioni Pre Arrivo dei mezzi di soccorso (I.P.A) sono istruzioni telefoniche fornite dal dispatcher all'astante al fine di guidarlo nell'esecuzione di alcune manovre salvavita mirate a:

- aumentare le possibilità di sopravvivenza del paziente nelle patologie tempo dipendenti,
- evitare l'esecuzione di azioni incongrue,
- garantire la sicurezza della scena.

A tal fine è fondamentale ridurre il tempo che va dalla ricezione della chiamata all'inizio delle IPA.

Le dinamiche relazionali che si instaurano tra il chiamante ed il dispatcher sono determinanti per il buon esito dell'azione. Pertanto è importante che il dispatcher utilizzi una "comunicazione strategica" che permetta di tranquillizzare l'astante e invitarlo ad iniziare le manovre indicate.

È utile adottare un tono pacato, deciso ma sicuro, adeguandosi al linguaggio dell'utente. In caso di scarsa *compliance* può essere utile abbassare il tono di voce per cercare di portare l'attenzione del chiamante verso la telefonata.

Per mantenere l'attenzione e la collaborazione del chiamante è opportuno motivarlo e supportarlo sottolineando l'importanza delle azioni che sta eseguendo e che così facendo sta aiutando la persona che sta male. Ovviamente il dispatcher, se possibile, dovrà rimanere in linea fino all'arrivo del soccorso.

Per facilitare il compito del dispatcher e al fine di fornire IPA di qualità sono state elaborate apposite schede contenenti tutte le istruzioni relative alle principali situazioni in cui può essere utile l'assistenza pre-arrivo.

In fase di elaborazione le schede sono state divise in sezioni contenenti azioni specifiche da indicare agli astanti. Ciascuna scheda è stata concepita come un elenco di frasi da leggere "parola per parola", con la possibilità per l'operatore di modificare i termini utilizzati solo laddove ciò fosse richiesto da difficoltà di comunicazione derivanti da problematiche linguistiche da parte dell'astante o da un particolare stato emotivo del soccorritore.

Il sistema cromatico utilizzato suddivide le azioni assolutamente necessarie, evidenziate con sfondo verde, da quelle più complesse che possono essere messe in atto da astanti che esprimono una maggiore *compliance* e/o competenza, evidenziate con sfondo rosa.

<b>PARTO</b>	
<b>1</b>	<p><b>La signora ha già avuto un bambino?</b>  <b>Il sacco amniotico si è rotto? (“Ha perso le acque?”)</b></p> <p><b>Quanti minuti passano tra una contrazione e l’altra?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrazioni con un intervallo <b>inferiore ai 2 minuti e regolari</b> (soprattutto se la donna sente forte desiderio di spingere) indicano che la nascita potrebbe essere imminente</li> </ul>
<b>3</b>	<p><b>Se passano più di 2 minuti tra le contrazioni:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il parto probabilmente non è imminente</li> <li>• <b>POSIZIONA LA SIGNORA IN MODO CONFORTEVOLE SUL FIANCO SINISTRO E FALLE FARE DEI RESPIRI PROFONDI</b></li> </ul> <p>Se la situazione cambia, procedere come descritto ai punti successivi</p>
<b>4</b>	<p><b>Se le contrazioni hanno un intervallo costante inferiore ai 2 minuti e se la signora sente un forte desiderio di spingere:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>FALLA STENDERE SULLA SCHIENA E DILLE DI RILASSARSI, RESPIRANDO PROFONDAMENTE ATTRAVERSO LA BOCCA</b></li> <li>• <b>FALLE TOGLIERE GLI INDUMENTI AL DI SOTTO DELLA VITA E FALLE PIEGARE LE GINOCCHIA</b></li> <li>• <b>POSIZIONA ALCUNI ASCIUGAMANI PULITI SOTTO LE NATICHE E TIENINE ALTRI A PORTATA DI MANO</b></li> </ul> <p><b>Se la signora inizia a spingere e/o appare la testa del bambino:</b>          La testa del bambino dovrebbe uscire per prima e ruoterà spontaneamente a destra o a sinistra</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>SORREGGI LA TESTA ED IL RESTO DEL CORPO DEL BAMBINO CHE STA USCENDO, ASSECONDANDO LA ROTAZIONE</b></li> <li>• <b>NON SPINGERE O TIRARE</b></li> </ul> <p>Durante l’uscita del bambino si vedranno anche acqua e sangue. QUESTO È NORMALE.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>QUANDO IL BAMBINO È FUORIUSCITO, POSIZIONALO TRA LE GAMBE DELLA MADRE</b></li> <li>• <b>ASCIUGA SUBITO IL BAMBINO, PULISCIGLI LA BOCCA E IL NASO CON UN PANNO PULITO ED AVVOLGILO IN UN ASCIUGAMANO</b></li> <li>• <b>NON TENTARE DI TAGLIARE O TIRARE IL CORDONE OMBELICALE</b></li> <li>• <b>SE IL BAMBINO NON INIZIA A RESPIRARE DA SOLO, STROFINAGLI LA SCHIENA O SCHIAFFEGGIAGLI DELICATAMENTE LE PIANTE DEI PIEDI</b></li> </ul> <p>SE IL BAMBINO CONTINUA A NON RESPIRARE DARE IPA RCP NEONATO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>SE/QUANDO LA PLACENTA VIENE ESPULSA, AVVOLGILA IN UN PANNO</b></li> <li>• <b>MANTIENI IL BAMBINO ALLO STESSO LIVELLO DELLA PLACENTA</b></li> </ul>
<b>5</b>	<p><b>SE IL BAMBINO CONTINUA A NON RESPIRARE DARE IPA RCP NEONATO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>SE/QUANDO LA PLACENTA VIENE ESPULSA, AVVOLGILA IN UN PANNO</b></li> <li>• <b>MANTIENI IL BAMBINO ALLO STESSO LIVELLO DELLA PLACENTA</b></li> </ul>

## RCP NEONATI

- C**
- **TAGLIA IL CORDONE OMBELICALE: LEGA DUE LACCI, STRINGENDOLI BENE, AD UNA DISTANZA DI 10 CM E TAGLIA IL CORDONE AL CENTRO DEI DUE LACCI**
  - **CIRCONDA IL TORACE DEL NEONATO CON ENTRAMBE LE MANI E UNISCI I POLLICI AL CENTRO DEL TORACE. EVENTUALMENTE APOGGIATI SU UN PIANO (ES. TAVOLO)**
  - **COMPRI MI ORA IL TORACE DEL BIMBO CON I POLLICI FINO A FARLO ABBASSARE**
  - **COMPRI MI PER 3 VOLTE. CONTIAMO INSIEME: 1-2-3**
- SE C'È LIQUIDO NELLA BOCCA DEL BAMBINO FAR LIBERARE LE VIE AEREE SUPERIORI, PONENDO DI LATO IL BIMBO SENZA INTERRUOMPERE IL MASSAGGIO.

- A**
- **RECLINAGLI LEGGERMENTE LA TESTA ALL'INDIETRO**
  - **APRI LA TUA BOCCA E APOGGIALA SUL VISO DEL NEONATO COMPRENDENDO COMPLETAMENTE LA SUA BOCCA E IL SUO NASO**
  - **SOFFIA DENTRO LA BOCCA DEL NEONATO**
  - **COMPRI MI IL TORACE DEL BIMBO CON I TUOI POLLICI PER ALTRE TRE VOLTE. CONTIAMO INSIEME: 1-2-3.** (rapporto 3/1; 90 compressioni min/30 ventilazioni min)
  - **RESTO AL TELEFONO CON TE, CONTINUA AD ALTERNARE TRE COMPRESIONI AD UNA INSUFFLAZIONE**

## COMPLICANZE COMUNI CORRELATE AL PARTO

**Emorragia post-parto** (sanguinamento dalla vagina, rigidità addominale persistente o dolore addominale e segni di shock):

- **MASSAGGIA CON VIGORE IL BASSO ADDOME CON UN MOVIMENTO CIRCOLARE** (serve a favorire la contrazione dell'utero)
- **METTI LA SIGNORA IN POSIZIONE ANTISHOCK, CON LE GAMBE SOLLEVATE**

**Presentazione anomala (podalica, natiche, spalla, braccia)** - Il parto difficilmente potrà avvenire spontaneamente

- **SOSTIENI LA PARTE DEL CORPO DEL BAMBINO CHE È FUORI USCITA ED ATTENDI L'ARRIVO DEI SOCCORSI**
- **NON TENTARE MAI DI FORZARE L'ESTRAZIONE DEL BAMBINO TIRANDO LE PARTI DEL CORPO GIÀ USCITE**

Se il bambino esce completamente procedi come nel parto normale

<b>RCP ADULTI</b>	
<b>C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• METTI IL CELLULARE IN MODALITÀ VIVA VOCE (Se persona sola al cellulare)</li> <li>• <b>CHIEDI SE C'È UN DEFIBRILLATORE A DISPOSIZIONE</b> (Se in luoghi dove possa esserci un DAE) (Se DAE noto nelle vicinanze, dare indicazioni per l'impiego)</li> <li>• <b>STENDI LA PERSONA CON LA PANCIA VERSO L'ALTO</b></li> <li>• <b>METTITI (IN GINOCCHIO se a terra) A FIANCO DEL TORACE</b></li> <li>• <b>SCOPRIGLI IL TORACE</b> (Se vestito con indumenti voluminosi)</li> <li>• <b>APPOGGIA IL PALMO DI UNA MANO AL CENTRO DEL TORACE (SULLO STERNO), APPOGGIA L'ALTRA MANO SOPRA, MANTIENI LE BRACCIA RIGIDE</b></li> <li>• <b>ORA SPINGI CON FORZA SUL TORACE FINO A FARLO ABBASSARE</b></li> <li>• <b>FALLO PER 30 VOLTE. CONTIAMO INSIEME 1-2-3-4-5 ... 30</b> (Cadenza di 100/120 compressioni minuto)</li> </ul>
<b>A</b> - <b>B</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>TI HANNO INSEGNATO A FARE LA RESPIRAZIONE BOCCA A BOCCA?</b></li> <li>• CON LE DITA DI UNA MANO CHIUDIGLI LE NARICI</li> <li>• CON L'ALTRA MANO SOLLEVA IL MENTO, E RECLINA LEGGERMENTE LA TESTA ALL'INDIETRO</li> <li>• APRI BENE LA TUA BOCCA, APPOGGIALA COMPLETAMENTE SOPRA LA BOCCA APERTA DEL PAZIENTE E SOFFIA DUE VOLTE</li> <li>• RIPRENDI A COMPRIMERE IL CENTRO DEL TORACE PER ALTRE 30 VOLTE. CONTIAMO INSIEME 1-2-3-4-5 .....30</li> <li>• CONTINUA CON 30 COMPRESSIONI, SEGUITE DA DUE VENTILAZIONI, FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI O DEL DEFIBRILLATORE</li> </ul>
<b>D</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Quando arriva il DAE vai a Scheda UTILIZZO DAE</b></li> </ul>

**NOTA:**

**SE VOMITA O C'È SANGUE IN BOCCA, GIRA DI LATO LA TESTA DEL PAZIENTE, INTERROMPI LA VENTILAZIONE E CONTINUA CON LE COMPRESSIONI.  
SE VI SONO CORPI ESTRANEI VISIBILI AFFIORANTI DALLA BOCCA RIMUOVILI**

## UTILIZZO DAE – ADULTI (DA 8 ANNI) per NON ADDESTRATI

<b>1</b>	<b>C'È QUALCUNO CHE SA USARE IL DEFIBRILLATORE?</b>
<b>2</b>	<b>POSIZIONA IL DEFIBRILLATORE DI FIANCO ALLA TESTA DEL PAZIENTE.</b>
<b>3</b>	<b>SCOPRIGLI IL TORACE</b> (Se non già scoperto in precedenza)
<b>4</b>	<b>APRI LA (EVENTUALE) CUSTODIA DEL DEFIBRILLATORE. SI È ACCESO?</b> (Se sì, passa al punto <b>6</b> )
<b>5</b>	Se no: <b>ACCENDI IL DEFIBRILLATORE</b>
<b>6</b>	<b>ESTRAI LA BUSTA CONTENENTE GLI ELETTRODI</b>
<b>7</b>	<b>RIMUOVI LA PELLICOLA DAGLI ELETTRODI</b>
<b>8</b>	<b>POSIZIONA GLI ELETTRODI SUL TORACE DELLA PERSONA SEGUENDO LE IMMAGINI SU DI ESSI.</b> Uno sul petto in alto a destra, sotto la clavicola, e l'altro sul lato sinistro, alcuni centimetri sotto l'ascella
<b>9</b>	<b>COLLEGA IL CAVO DEGLI ELETTRODI AL DEFIBRILLATORE, SE NON GIÀ COLLEGATO</b>
<b>10</b>	<b>NON TOCCARE LA PERSONA O I CAVI DELLE PIASTRE QUANDO IL DEFIBRILLATORE DICE CHE STA ESEGUENDO L'ANALISI</b> SE DICE "SHOCK CONSIGLIATO" O "SCARICA CONSIGLIATA":
<b>11</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>DEVI DIRE A TUTTI: ALLONTANARSI!</b></li> <li>• <b>SPOSTATI INDIETRO, NON TOCCARE LA PERSONA ED ASSICURATI CHE NESSUN ALTRO LA TOCCHI</b></li> <li>• <b>PREMI IL PULSANTE INDICATO DALLA MACCHINA PER L'EROGAZIONE DELLA SCARICA</b></li> <li>• <b>RICOMINCIA A COMPRIMERE IL TORACE, CONTINUA PER 2 MINUTI O FINO A COMANDO VOCALE DEL DAE</b> (Analisi del ritmo)</li> </ul>
<b>12</b>	SE DICE "SHOCK NON CONSIGLIATO" O "SCARICA NON CONSIGLIATA": <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RICOMINCIA A COMPRIMERE IL TORACE, CONTINUA PER 2 MINUTI O FINO A COMANDO VOCALE DEL DAE</b> (Analisi del ritmo)</li> </ul>



## RCP LATTANTE (Fino a 1 anno)

<b>C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>METTI IL CELLULARE IN MODALITÀ VIVA VOCE</b> (Se persona sola al cellulare)</li> <li>• <b>APPOGGIA IL BAMBINO SU UN PIANO (ES. TAVOLO)</b></li> <li>• <b>METTI DUE DITA AL CENTRO DEL TORACE.</b></li> <li>• <b>COMPRI MI ORA IL TORACE DEL BIMBO CON LE DUE DITA FINO A FARLO ABBASSARE</b></li> <li>• <b>COMPRI MI PER 30 VOLTE. CONTIAMO INSIEME: 1-2-3...30</b></li> </ul>
<b>A - B</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>TI HANNO INSEGNATO A FARE LA RESPIRAZIONE BOCCA A BOCCA?</b></li> <li>• <b>CON LE DITA DI UNA MANO CHIUDIGLI LE NARICI</b></li> <li>• <b>CON L'ALTRA MANO SOLLEVA IL MENTO, E RECLINA LEGGERMENTE LA TESTA ALL'INDIETRO</b></li> <li>• <b>APRI LA TUA BOCCA E APPOGGIALA SUL VISO DEL BAMBINO COMPRENDENDO COMPLETAMENTE LA SUA BOCCA E IL SUO NASO</b></li> <li>• <b>SOFFIA 2 VOLTE DENTRO LA BOCCA E IL NASO DEL BAMBINO</b></li> <li>• <b>RIPRENDI A COMPRIMERE IL CENTRO DEL TORACE PER ALTRE 30 VOLTE. CONTIAMO INSIEME 1-2-3-4-5 .....30</b></li> <li>• <b>CONTINUA CON 30 COMPRESIONI, SEGUITE DA DUE VENTILAZIONI, FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI</b></li> </ul>

**NOTA:**  
**SE VOMITA O C'È SANGUE IN BOCCA, GIRA DI LATO LA TESTA DEL BAMBINO, INTERROMPI LA VENTILAZIONE E CONTINUA CON LE COMPRESIONI.**  
**SE VI SONO CORPI ESTRANEI VISIBILI AFFIORANTI DALLA BOCCA RIMUOVILI**

## RCP BAMBINI OLTRE 1 ANNO DI ETÀ'

- METTI IL CELLULARE IN MODALITÀ VIVA VOCE (Se persona sola al cellulare)
- **STENDI IL BAMBINO CON LA PANCIA VERSO L'ALTO**
- **METTITI (IN GINOCCHIO se a terra) A FIANCO DEL TORACE**
- **SCOPRIGLI IL TORACE** (Se vestito con indumenti voluminosi)
- **APPOGGIA IL PALMO DI UNA MANO AL CENTRO DEL TORACE (SULLO STERNO), APPOGGIA L'ALTRA MANO SOPRA, MANTIENI LE BRACCIA RIGIDE**
- **ORA SPINGI CON FORZA SUL TORACE FINO A FARLO ABBASSARE**
- **FALLO PER 30 VOLTE. CONTIAMO INSIEME 1-2-3-4-5 ... 30** (Cadenza di 100/120 compressioni minuto)

Se il soccorritore non esegue la ventilazione, far continuare con le compressioni fino all'arrivo dei soccorsi o del DAE

### **A - B** TI HANNO INSEGNATO A FARE LA RESPIRAZIONE BOCCA A BOCCA?

- CON LE DITA DI UNA MANO CHIUDIGLI LE NARICI
- CON L'ALTRA MANO SOLLEVA IL MENTO, E RECLINA LEGGERMENTE LA TESTA ALL'INDIETRO
- APRI BENE LA TUA BOCCA, APPOGGIALA COMPLETAMENTE SOPRA LA BOCCA APERTA DEL BAMBINO E SOFFIA DUE VOLTE
- RIPRENDI A COMPRIMERE IL CENTRO DEL TORACE PER ALTRE 30 VOLTE. CONTIAMO INSIEME 1-2-3-4-5 .....30
- CONTINUA CON 30 COMPRESIONI, SEGUITE DA DUE VENTILAZIONI, FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI O DEL DEFIBRILLATORE

**NOTA:**  
**SE VOMITA O C'È SANGUE IN BOCCA, GIRA DI LATO LA TESTA DEL BAMBINO, INTERROMPI LA VENTILAZIONE E CONTINUA CON LE COMPRESIONI.**  
**SE VI SONO CORPI ESTRANEI VISIBILI AFFIORANTI DALLA BOCCA RIMUOVILI**

## **SOFFOCAMENTO ADULTI**

**SE LA PERSONA È COSCIENTE E IN GRADO DI PARLARE O TOSSIRE, INCORAGGIALA A CONTINUARE A TOSSIRE PER LIBERARSI LE VIE AEREE**

**METTI IL CELLULARE IN MODALITÀ VIVA VOCE (SE PERSONA SOLA AL CELLULARE)**

**SE LA PERSONA È COSCIENTE: FASE 1 – PACCHE RETROSCAPOLARI**

- POSIZIONATI LATERALMENTE ALLA PERSONA
- FAI FLETTERE IN AVANTI IL BUSTO DELLA PERSONA, SORREGGENDOLA
- DAI 5 PACCHE TRA LE SCAPOLE, DAL BASSO VERSO L'ALTO

**SE L'OSTRUZIONE NON SI RISOLVE: FASE 2 – MANOVRA DI HEIMLICH**

- POSIZIONATI DIETRO LA PERSONA
  - FAI PASSARE LE TUE BRACCIA SOTTO LE ASCELLE DELLA PERSONA
  - FAI UN PUGNO CON UNA MANO E POSIZIONALO SULL'ADDOME, TRA LO STOMACO E L'OMBELICO
  - PRENDI IL PUGNO CON L'ALTRA MANO
  - DAI DELLE SPINTE ENERGIICHE DAL BASSO VERSO L'ALTO, STRINGENDO A TE LA PERSONA FINO A LIBERARE LE VIE AEREE
- SE LA PERSONA È OBESA O INCINTA:**
- FAI UN PUGNO CON UNA MANO E POSIZIONALO SULLO STERNO ANZICHÉ SULL'ADDOME

**CONTINUA AD ALTERNARE LE DUE FASI FINO A QUANDO SI LIBERANO LE VIE AEREE**

SE L'OSTRUZIONE NON SI RISOLVE E LA PERSONA DIVENTA INCOSCIENTE VAI ALLE **IPA RCP ADULTI**

## **SOFFOCAMENTO BAMBINI OLTRE 1 ANNO DI ETÀ'**

**SE IL BAMBINO È COSCIENTE E IN GRADO DI PARLARE O TOSSIRE, INCORRAGGIALO A CONTINUARE A TOSSIRE PER LIBERARSI LE VIE AEREE**

**METTI IL CELLULARE IN MODALITÀ VIVA VOCE (SE PERSONA SOLA AL CELLULARE)**

**SE IL BAMBINO È COSCIENTE: FASE 1 – PACCHE RETROSCAPOLARI**

- INGINOCCHIATI DI FIANCO AL BAMBINO (PER ESSERE ALLA SUA ALTEZZA)
- FAI FLETTERE IN AVANTI IL BUSTO DEL BAMBINO, SORREGGENDOLO
- DAI 5 PACCHE TRA LE SCAPOLE, DAL BASSO VERSO L'ALTO

**SE L'OSTRUZIONE NON SI RISOLVE: FASE 2 – MANOVRA DI HEIMLICH**

- INGINOCCHIATI DIETRO AL BAMBINO (PER ESSERE ALLA SUA ALTEZZA)
- FAI PASSARE LE TUE BRACCIA SOTTO LE ASCELLE DEL BAMBINO
- FAI UN PUGNO CON UNA MANO E POSIZIONALO SULL'ADDOME, TRA LO STOMACO E L'OMBELICO
- PRENDI IL PUGNO CON L'ALTRA MANO
- DAI 5 SPINTE DAL BASSO VERSO L'ALTO, STRINGENDOLO A TE FINO A LIBERARE LE VIE AEREE

**CONTINUA AD ALTERNARE LE DUE FASI FINO A QUANDO SI LIBERANO LE VIE AEREE**

**SE L'OSTRUZIONE NON SI RISOLVE E LA PERSONA DIVENTA INCOSCIENTE VAI ALLE IPA RCP BAMBINO**

## **SOFFOCAMENTO LATTANTE (fino a 1 anno)**

**SE IL BAMBINO È COSCIENTE E IN GRADO DI PIANGERE, O TOSSIRE, FALLO CONTINUARE PER LIBERARE LE VIE AEREE**

**METTI IL CELLULARE IN MODALITÀ VIVA VOCE (SE PERSONA SOLA AL CELLULARE)**

**SE IL BAMBINO È COSCIENTE: FASE 1**

- APPOGGIA IL BAMBINO CON LA PANCIA SUL TUO AVAMBRACCIO E LA FACCIA SULLA TUA MANO SOSTENENDO LA MANDIBOLA
- SIEDITI E APPOGGIA IL BRACCIO CHE REGGE IL BAMBINO SULLA TUA COSCIA,
- INCLINALO CON LA TESTA VERSO IL BASSO
- CON IL CALCAGNO DELLA MANO LIBERA DAGLI 5 PACCHE TRA LE SCAPOLE

**SE L'OSTRUZIONE NON SI RISOLVE E IL BAMBINO INIZIA A PERDERE COSCIENZA: FASE 2**

- CAPOVOLGI IL BAMBINO SORREGGENDO LA SUA SCHIENA CON IL TUO AVAMBRACCIO E LA NUCA CON LA TUA MANO
- APPOGGIA NUOVAMENTE IL BRACCIO CHE REGGE IL BAMBINO SULLA TUA COSCIA,
- METTI L'INDICE E IL MEDIO DELLA MANO LIBERA AL CENTRO DEL TORACE DEL BAMBINO
- EFFETTUA 5 COMPRESSIONI FINO A FARLO ABBASSARE

**CONTINUA AD ALTERNARE LE DUE FASI FINO A QUANDO SI LIBERANO LE VIE AEREE**

SE L'OSTRUZIONE NON SI RISOLVE E IL PICCOLO DIVENTA INCOSCIENTE, VAI ALLE **IPA RCP LATTANTE**



*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*



*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## GLOSSARIO

Ai fini della stesura del presente documento i termini sottoelencati sono intesi come segue:

<b>A</b>	Sezione della scheda di problema che contiene quesiti relativi alla valutazione dello stato di coscienza
<b>Alterazione</b> (stato di coscienza, parametri, ecc.)	Stato fisico o psichico anormale.
<b>Amputazione</b>	Recisione, completa o parziale, di un arto o di un segmento di questo per cause traumatiche (ferite da taglio, da strappamento, ecc.)
<b>APP</b>	Anamnesi Patologica Prossima. Sezione della scheda di problema che contiene quesiti per indagare segni e sintomi, tempi e modalità di insorgenza della presunta patologia, nonché rilevare sesso ed età del paziente ove necessario.
<b>APR</b>	Anamnesi Patologica Remota. Sezione della scheda di problema che contiene quesiti per la raccolta di informazioni sullo stato di salute del paziente (patologie croniche, esiti di patologie pregresse, traumi, terapie in atto) utili all'inquadramento del problema e all'assegnazione del codice di priorità.
<b>Armi improprie</b>	Strumenti atti ad offendere, ma che non ne hanno lo scopo tipico. Rientrano in questa categoria diversi oggetti suscettibili di arrecare lesioni come le armi contundenti, ma anche mazze, tubi, catene, bulloni, sfere metalliche, martelli, spranghe, coltelli etc.
<b>ARTVA</b>	<b>ARTVA</b> (Apparecchio di Ricerca dei Travolti in VALanga), è uno strumento elettronico utilizzato per la ricerca delle persone travolte in valanga. Lo strumento è una ricetrasmittente di segnale (priva di funzioni vocali) a corto raggio. L'apparecchiatura ha due modalità: trasmissione e ricezione. L'utilizzatore la porta con sé in modalità trasmissione. In caso di valanga con persone travolte, i soccorritori usano l'apparato in modalità ricezione per localizzare il trasmettitore delle vittime.
<b>ASO</b>	Accertamento Sanitario Obbligatorio.
<b>Autolesioni</b>	Lesioni che derivano dal comportamento di un soggetto che danneggia consapevolmente se stesso.
<b>B</b>	Sezione della scheda di problema che contiene i quesiti relativi alla respirazione.
<b>C</b>	Sezione della scheda di problema che contiene i quesiti relativi al circolo.
<b>CA</b>	Continuità Assistenziale.
<b>Caller/Chiamante</b>	Il soggetto che effettua la chiamata di soccorso.



<b>Compliance</b>	In inglese: condiscendenza, conformità. In ambito medico la <i>compliance</i> del paziente è intesa generalmente come la disponibilità, consapevole o inconsapevole, ad accettare un trattamento medico e a trarre da questo il maggior giovamento possibile, con la corretta aderenza ad esso. Nel caso specifico, si intende la disponibilità dell'utente chiamante a collaborare con il dispatcher per ottenere il miglior esito del soccorso.
<b>Compromissione</b> (stato di coscienza, parametri, ecc.)	Riduzione dell'efficienza di un organo o di una funzione fisiologica.
<b>Criticità</b>	Si intende la problematicità di uno scenario o di una situazione di soccorso.
<b>CSM</b>	Centro di Salute Mentale.
<b>CTRP</b>	Comunità Terapeutica Residenziale Protetta.
<b>D/S</b>	Dinamica/Situazione. È la sezione della scheda di problema che contiene i quesiti relativi alla situazione e alla dinamica dell'accaduto.
<b>DAE</b>	Defibrillatore Automatico Esterno.
<b>Dispatch</b>	Processo di raccolta informazioni e di identificazione della gravità e priorità di intervento.
<b>Dispatcher/Operatore</b>	L'infermiere che esegue il Dispatch in Centrale Operativa.
<b>Gasping</b>	Tipo di respirazione agonica completamente inefficace, per cui la vittima va considerata in arresto respiratorio e deve essere iniziata l'RCP.
<b>ICD</b>	<i>Implantable Cardioverter Defibrillator</i> . Defibrillatori Cardioversori Impiantabili.
<b>IPA</b>	Istruzioni Pre-Arrivo dei mezzi di soccorso.
<b>MMG</b>	Medico di Medicina Generale.
<b>N</b>	Identifica la sezione della scheda di problema che contiene i quesiti relativi allo stato neurologico della vittima.
<b>Necessità di intervento</b>	L'evento prevede la necessità di inviare mezzi di soccorso sul target.
<b>Outcome</b>	È il risultato di un processo o di un evento. L' <i>outcome</i> clinico è l'esito di un intervento medico o terapeutico.
<b>Overdispatch e Overtriage</b>	Stima eccessiva rispetto alla reale necessità. Sopravvalutazione della gravità dell'evento e/o delle condizioni cliniche.
<b>Parole chiave</b>	Parole che con frequenza raffigurano una determinata situazione.

<b>Politraumatizzato</b>	Identifica un paziente che presenta più lesioni traumatiche ad organi o apparati differenti con compromissione attuale o potenziale delle funzioni vitali.
<b>Precipitato</b>	Soggetto caduto dall'alto.
<b>Priorità</b>	Il termine identifica il "venire prima rispetto ad altro", il precedere per urgenza, importanza. In sostanza identifica la precedenza di un intervento di soccorso rispetto ad un altro concomitante e la rilevanza con cui deve essere evaso
<b>Proiettato</b>	Soggetto che è stato scagliato, spinto, lanciato con forza.
<b>Sbalzato</b>	Soggetto che è stato scaraventato, fatto balzare, scagliato, spinto, lanciato con forza. Tipico dell'occupante di un veicolo a due ruote.
<b>RCP</b>	Rianimazione Cardio Polmonare.
<b>Segno di Trosseau</b>	È un segno clinico che si presenta con la flessione dell'articolazione del polso e delle metacarpo-falangee, dall'estensione delle dita e all'adduzione del pollice. La posizione finale è definita "mano ad ostetrico". Oltre alle evidenti manifestazioni visive dello spasmo, i soggetti che presentano questo segno possono riferire parestesie alle dita, fascicolazioni muscolari o contrazioni delle dita, e una sensazione di crampi muscolari o rigidità. È causato da ipocalcemia e anche nelle sindromi da iperventilazione con alcalosi respiratoria e ipocapnia.
<b>Soccorso Tecnico</b>	Insieme degli interventi non sanitari necessari per soccorrere il paziente.
<b>SPDC</b>	Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura.
<b>SUEM</b>	Servizio di Urgenza ed Emergenza Medica.
<b>T</b>	Identifica la sezione della scheda di problema che contiene i quesiti relativi allo scenario del soccorso, necessari per l'attivazione del Soccorso Tecnico.
<b>TSO</b>	Trattamento Sanitario Obbligatorio.



*Pagina lasciata bianca intenzionalmente*

## BIBLIOGRAFIA

Agency for Healthcare Research and Quality. Emergency Severity Index (ESI): A triage for Emergency Department Care, Version 4. Rockville: AHRQ; 2012.

Ahl C, Nyström M, Jansson L. Making up one's mind: Patients' experiences of calling an ambulance. *Acc and Emerg Nurs*, 2006; 14 (1): 11–19.

American Heart Association Guidelines. CPR ECC 2015: Sintesi delle linee guida del 2015 dell'American Heart Association per RCP ed ECC.

Sung Phil Chung, Tetsuya Sakamoto, Swee Han Lim, Mathew Huei-Ming Ma, Tzong-Luen Wang, Francis Lavapie, Sapon Krisanarungson, Hiroshi Nonogi, Sung Oh Hwang. The 2015 Resuscitation Council of Asia (RCA) guidelines on adult basic life support for lay rescuers. *Resuscitation* 105 (2016) 145-148.

Yih Yng Ng, Siew Hon Benjamin Leong, Marcus Eng Hock Ong. The role of dispatch in resuscitation. *Singapore Med J* 2017; 58(7): 449-452.

Beesems S, Wijmans L, Tijssen J, Koster RW. Duration of Ventilations During Cardiopulmonary Resuscitation by Lay Rescuers and First Responders Relationship Between Delivering Chest Compressions and Outcomes. *Circulation*, 2013; 127: 1585-90.

Berglund A, von Euler M, Schenck-Gustafsson K, Castrén M, Bohm K. Identification of stroke during the emergency call: a descriptive study of callers' presentation of stroke. *BMJ Open*, 2015; 28 (4).

Berglund A, von Euler M, Schenck-Gustafsson K, Maaret Castrén, Bohm K. Identification of stroke during the emergency call: a descriptive study of callers' presentation of stroke. *BMJ Open*, 2015; 28 (4).

Birkenesa TS, Myklebust H, Neseta A, Kramer-Johansena J. Quality of CPR performed by trained bystanders with optimized pre-arrival instructions. *Resuscitation*, 2014; 85: 124–130.

Blacklock C, Mayon-White R, Coad N, Thompson M. Which symptoms and clinical features correctly identify serious respiratory infection in children attending a paediatric assessment unit?. *Arch Dis Child*, 2011; 96 (8): 708-14.

Bohma K, Vaillancourt C, Charette ML, Dunford J, Castréna M. In patients with out-of-hospital cardiac arrest, does the provision of dispatch cardiopulmonary resuscitation instructions as opposed to no instructions improve outcome: A systematic review of the literature. *Resuscitation*, 2011; 82: 1490–95.

Buck BH, Starkman S, Eckstein M, Kidwell CS, Haines J, Huang R, et al. Dispatcher recognition of stroke using the National Academy Medical Priority Dispatch System. *Stroke*, 2009; 40 (6): 2027–30.

Buendia R, Candefjord S, Fagerlind H, Bálint A, Sjöqvist BA. On scene injury severity prediction (OSISP) algorithm for car occupants. *Accid Anal Prev*, 2015; 81:211-7.

Campbell JP, Gratton MC, Salomone JA 3rd, Lindholm DJ, Watson WA: System implications of the ambulance arrival-to-patient contact interval on response interval compliance. *Prehosp Disaster Med*, 1994; 9 (4): 230-2.

Campbell JP, Gratton MC, Salomone JA 3rd, Watson WA: Ambulance arrival to patient contact: the hidden component of prehospital response time intervals. *Ann Emerg Med*, 1993; 22 (8): 1254-7.

Clawson J, Barron T, Scott G, Siriwardena AN, Patterson B, Olola C. Medical Priority Dispatch System breathing problems protocol key question combinations are associated with patient acuity. *Prehosp Disaster Med*. 2012; 27 (4): 375-80.

Clawson J1, Olola C, Scott G, Schultz B, Pertgen R, Robinson D, Bagwell B, Patterson B. Association between patient unconscious or not alert conditions and cardiac arrest or high-acuity outcomes within the Medical Priority Dispatch System "Falls" protocol. *Prehosp Disaster Med*, 2010; 25 (4): 302-8.

Clawson JJ, Cady GA, Martin RL, Sinclair R: Effect of a comprehensive quality management process on compliance with protocol in an emergency medical dispatch center. *Ann Emerg Med*, 1998; 32 (5): 578-84.

Clawson JJ, Hauert SA. Dispatch Life Support: Establish standards that work. *Journal of Emergency Medical Services*, 1990; 15 (7): 82-4, 86-8.

Clawson JJ, Sinclair R. The emotional content and cooperation score in emergency medical dispatching. *Prehosp Emerg Care*; 2001; 5 (1):29-35.

Cone DC, Ahern J, Lee CH, Baker D, Murphy T, Bogucki S. A descriptive study of the "lift-assist" call. *Prehosp Emerg Care*, 2013; 17 (1): 51-6.

Coventry LL, Bremner AP, Jacobs IG, Finn J. Myocardial infarction: sex differences in symptoms reported to emergency dispatch. *Prehosp Emerg Care*, 2013; 17 (2): 193-202.

De Lorenzo RA, Eilers MA. Lights and siren: a review of emergency vehicle warning systems. *Ann Emerg Med*, 1991; 20 (12): 1331-5.

Durant E, Fahimi J. Factors associated with ambulance use among patients with low-acuity conditions. *Prehosp Emerg Care*, 2012; 16(3): 329–37.

Elkins JS, Khatabi T, Fung L, et al. Recruiting subjects for acute stroke trials: a meta-analysis. *Stroke*. 2016; 37:123-128.

Forslund K, Kihlgren M, Ostman I, Sørli V. Patients with acute chest pain - experiences of emergency calls and pre-hospital care. *J Telemed Telecare*, 2005; 11 (7): 361-7.

Forslund K, Quell R, Sørli V. Acute chest pain emergencies - spouses' prehospital experiences. *Int Emerg Nurs*, 2008; 16 (4): 233-40.

Fourny M, Lucas AS, Belle L, et al. Inappropriate dispatcher decision for emergency medical service users with acute myocardial infarction. *Am J Emerg Med*, 2011; 29: 37–42.

Fukushima H, Imanishi M, Iwami T3, Seki T, Kawai Y, Norimoto K, Urisono Y, Hata M, Nishio K, Saeki K, Kurumatani N, Okuchi K. Abnormal breathing of sudden cardiac arrest victims described by laypersons and its association with emergency medical service dispatcher-assisted cardiopulmonary resuscitation instruction. *Emerg Med J*, 2015; 32 (4): 314-7.

Gehri M1, Krahenbuhl JD, Landry JS, Gervais A. Acute dyspnea in children. *Rev Med Suisse*, 2005; 1 (7): 486-90.

Gellerstedt M, Bång A, Andréasson E, Johansson A, Herlitz J. Does sex influence the allocation of life support level by dispatchers in acute chest pain?. *Am J Emerg Med*, 2010; 28 (8): 922-7.

Gellerstedt M, Bång A, Andréasson E, Johansson A, Herlitz J. Does sex influence the allocation of life support level by dispatchers in acute chest pain?. *American Journal of Emergency Medicine*, 2010; 28: 922–927.

Gruppo Formazione Triage. *Triage Infermieristico*. Milano: Mc Graw Hill; 2005.

Govindarajan P, Ghilarducci D, McCulloch C, et al. Comparative evaluation of stroke triage algorithms for emergency medical dispatchers (meds): prospective cohort study protocol. *BMC Neurol*; 2011; 11: 14.

Grusd E, Kramer-Johansen J. Does the Norwegian emergency medical dispatch classification as non-urgent predict no need for pre-hospital medical treatment? An observational study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2016; 24 (1): 65.

Ministry of Social Affairs and Health Helsinki Finland. *Handbooks of the Ministry of Social Affairs and Health Ambulance and emergency care services: A handbook for drawing up an alarm procedure*. Helsinki: 2005.

Hardeland C, Olasveengen TM, Lawrence R, Garrison D, Lorem T, Farstad G, Wik L. Comparison of Medical Priority Dispatch (MPD) and Criteria Based Dispatch (CBD) relating to cardiac arrest calls. *Resuscitation*, 2014; 85 (5): 612-6.

HendrikaW. Meischke, Rebecca E. Calhoun, Mei-Po Yip, Shin-Ping Tu, Ian S. Painter: The effect of language barriers on dispatching EMS response. *Prehospital emergency care*, 2013; 17: 475–480.

Hinchey P, Myers B, Zalkin J, Lewis R, Garner D. Low acuity EMS dispatch criteria can reliably identify patients without high-acuity illness or injury. *Prehosp Emerg Care*. 2007; 11 (1): 42-8.

Hjalte L, Suserud BO, Herlitz J, Karlberg I. Why are people without medical needs transported by ambulance?. A study of indications for pre-hospital care. *Eur J Emerg Med*. 2007; 14 (3): 151-6.

Infinger A, Jonathan R, Studnek J, Hawkins E, Bagwell B, Swanson D: Implementation of prehospital dispatch protocols that triage low-acuity patients to advice-line nurses. *Prehospital emergency care*. 2013; 17: 481–485.

Isenberg D, Cone DC, Stiell IG. A simple three-step dispatch rule may reduce lights and sirens responses to motor vehicle crashes. *Emerg Med J*. 2012; 29 (7): 592-5.

J. Alfredo Caceres, Malik M, Vikram Jadhav, Saqib A. Chaudhry Swaroop Pawar, Gustavo J. Rodriguez M. Fareed K. Suri Adnan. I Qureshi MD: Diagnosis of Stroke by Emergency Medical Dispatchers and Its Impact on the Prehospital Care of Patients. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2013; 22 (8): 610-614.

Jeejeebhoy FM, Zelop CM, Windrim R, Carvalho JC, Dorian P, Morrison LJ: Management of cardiac arrest in pregnancy: a systematic review. *Resuscitation*. 2011; 82 (7): 801-9.

Jensen JL, Carter AJ, Rose J, Visintini S, Bourdon E, Brown R, McVey J, Travers AH: Alternatives to Traditional EMS Dispatch and Transport: A Scoping Review of Reported Outcomes. CJEM. 2015; 18: 1-19.

Nolan JP, Soarb J, Zidemanc DA, Biarentd D, Bossaerte LL, Deakin C, Kosterg RW, Wyllieh J, Böttiger B, on behalf of the ERC Guidelines Writing Group<sup>1</sup>: European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 1. Executive summary. Resuscitation. 2010; 81: 1219–1276.

Clawson JJ, Hauert SA. Dispatch Life Support: Establish standards that work. Journal of Emergency Medical Services. 1990; 15 (7): 82-4.

Kalemoglu M, Keskin O, Demirbas S, Ozisik T. Non-urgent patients in an Emergency Medical Service. Rev Med Chil. 2004; 132 (9): 1085-9.

Eastwood K, Morgans A, Smith K, Stoelwinder J. Secondary triage in prehospital emergency ambulance services: a systematic review. Emerg Med J. 2014; 0: 1–7.

King County Emergency Medical Services Division Public Health-Seattle & King County. Criteria Based Dispatch Emergency Medical Dispatch Guidelines. King County Emergency Medical Services Division: Seattle; 2010.

Lindström V, Pappinen J, Falk A-C, Castrén M. Implementation of a new emergency medical communication centre organization in Finland an evaluation, with performance indicators. Journal of Trauma Resuscitation and Emergency Medicine. 2011; 19: 1-5

Malekzadeh J, Shafae H, Behnam H, Mirhaghi A. The effect of Cincinnati Prehospital Stroke Scale on telephone triage of stroke patients: evidence-based practice in emergency medical services. Int J Evid Based Healthc. 2015; 13 (2): 87-92.

Manzo-Silberman S, Assez N, Vivien B, Tazarourte K, Mokni T, Bounes V, Greffet A, Bataille V, Mulak G, Goldstein P, Ducassé JL, Spaulding C, Charpentier S. Management of non-traumatic chest pain by the French Emergency Medical System: Insights from the DOLORES registry. Arch Cardiovasc Dis. 2015 Mar; 108(3):181-8.

Marks PJ, Daniel TD, Afolabi O, Spiers G, Nguyen-Van-Tam JS. Emergency (999) calls to the ambulance service that do not result in the patient being transported to hospital: an epidemiological study. Emerg Med J. 2002; 19(5): 449-52.

McQueen C, Smyth M, Fisher J, Perkins G. Does the use of dedicated dispatch criteria by Emergency Medical Services optimise appropriate allocation of advanced care resources in cases of high severity trauma? A systematic review. Injury. 2015; 46 (7): 1197-1206.

Meischke HW, Calhoun RE, Yip MP, Tu SP, Ian S. Painter IS. The effect of language barriers on dispatching EMS response. Prehospital emergency care. 2013; 17: 475–480.

Mishra N, Orthner HF, Pigott DC. Chest pain and validity of an emergency medical dispatch algorithm. Annu Symp Proc. 2006:1035.

NAEMT. Advance Medical Life Support. Elsevier; Milano: 2016.

NAEMT Pre Hospital Trauma Life Support. Elsevier; Milano 2016.

Neely KW1, Norton RL, Schmidt TA. The strength of specific EMS dispatcher questions for identifying patients with important clinical field findings. *Prehosp Emerg Care*. 2000; 4 (4): 322-6.

Neumar RW, Eigel B, Callaway CW, Estes NA 3rd, Jollis JG, Kleinman ME, Morrison L, Peberdy MA, Rabinstein A, Rea TD, Sendelbach S. The American Heart Association Response to the 2015 Institute of Medicine Report on Strategies to Improve Cardiac Arrest Survival. *Circulation*. 2015; 30: 10-1161.

Ohshige K. Reduction in ambulance transports during a public awareness campaign for appropriate ambulance use. *Acad Emerg Med*. 2008; 15: 289-93.

Pandey A, Khandekar R. Evaluating the effectiveness of telephone triage for priority emergency ambulance dispatch. *J Clin Diagn Res*. 2009; 3: 1726-30.

Plodr M, Truhlar A, Krencikova J, Praunova M, Svaba V, Masek J, Bejrova D, Paral J. Effect of introduction of a standardized protocol in dispatcher-assisted cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation*. 2016; 18 (16): 30104-6.

Prekker ME, Feemster LC, Hough CL, Carlbom D, Crothers K, Au DH, Rea TD, Seymour CW. The epidemiology and outcome of prehospital respiratory distress. *Acad Emerg Med*. 2014; 21(5): 543-50.

Ragoschke-Schumm A, Walter S, Haass A, Balucani C, Lesmeister M, Nasreldein A, Sarlon L, Bachhuber A, Licina L, Grunwald IQ, Fassbender F. Translation of the 'time is brain' concept into clinical practice: focus on prehospital stroke management. *International Journal of Stroke*. 2014: 333-340.

Rawshani A, Larsson A, Gelang C, Lindqvist J, Gellerstedt M, ABång A, Herlitz J: Characteristics and outcome among patients who dial for the EMS due to chest pain. *International Journal of Cardiology*. 2014; 176: 859-865.

Rawshani A, Larsson A, Gelang C, Lindqvist J, Gellerstedt M, Bång A, Herlitz J: Characteristics and outcome among patients who dial for the EMS due to chest pain. *Int J Cardiol*. 2014; 176 (3): 859-65.

Reilly MJ: Accuracy of a priority medical dispatch system in dispatching cardiac emergencies in a suburban community. *Prehosp Disaster Med*. 2006; 21 (2): 77-81.

Simonsen SA, Andresen M, Michelsen L, Viereck S, Lippert FK, Iversen HK. Evaluation of pre-hospital transport time of stroke patients to thrombolytic treatment. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2014; 13: 22-65.

Simpson PM, Bendall JC, Patterson J, Tiedemann A, Middleton PM, Close JC. Epidemiology of ambulance responses to older people who have fallen in New South Wales, Australia. *Australas J Ageing*. 2013; 32 (3): 171-6.

Simpson PM, Bendall JC, Tiedemann A, Lord SR, Close JC. Epidemiology of emergency medical service responses to older people who have fallen: a prospective cohort study. *Prehosp Emerg Care*. 2014; 18 (2): 185-94.

Simpson PM, Bendall JC, Toson B, Tiedemann A, Lord SR, Close JC. Predictors of nontransport of older fallers who receive ambulance care. *Prehosp Emerg Care*. 2014; 18 (3): 342-9.



Sistema "Dispatch" Regione Toscana: Ricezione e gestione delle richieste telefoniche di soccorso sanitario Centrali Operative 118.

Stefanopoulos N, Vagianos C, Stavropoulos M, Panagiotopoulos E, Androulakis J. Deformations and intrusions of the passenger compartment as indicators of injury severity and triage in head-on collisions of non-airbag-carrying vehicles. *Injury*. 2003; 34 (7): 487-92.

Stowens JC, Sonnad SS, Rosenbaum RA.: Using EMS Dispatch to Trigger STEMI Alerts Decreases Door-to-Balloon Times; *West J Emerg Med*. 2015; 16 (3): 472-80.

Studnek JR, Thestrup L, Blackwell T, Bagwell B. Utilization of prehospital dispatch protocols to identify low-acuity patients. *Prehosp Emerg Care*. 2012; 16 (2): 204-9.

Talmor D, Legedza AT, Nirula R. Injury thresholds after motor vehicle crash--important factors for patient triage and vehicle design. *Accid Anal Prev*. 2010; 42 (2): 672-5.

Talmor D, Thompson KM, Legedza AT, Nirula R. Predicting severe head injury after light motor vehicle crashes: implications for automatic crash notification systems. *Accid Anal Prev*. 2006; 38 (4): 767-71.

The National Academies of Emergency Dispatch: Emergency Telecommunicator. Mississauga Canada: Jones and Bartlett Publishers; 2001.

The National Academy's EMD Protocol: Advanced Medical Priority Dispatch System: Emergency Medical Dispatch Course Manual 23rd Edition. Salt Lake City: National Academy's EMD Protocol; 2008.

Tulaimat A, Gueret RM, Wisniewski MF, Samuel J. Association between rating of respiratory distress and vital signs, severity of illness, intubation, and mortality in acutely ill subjects. *Respir Care*. 2014; 59 (9): 1338-44.

Vaillancourt C, Charette ML, Bohm K, Dunford J, Castr' en M. In out-of-hospital cardiac arrest patients, does the description of any specific symptoms to the emergency medical dispatcher improve the accuracy of the diagnosis of cardiac arrest: a systematic review of the literature. *Resuscitation*. 2011; 82 (12): 1483-9.

Vaillancourt C, Charette M, Kasaboskib A, Hoadd M, Larocquee V, Cr' etee D, SLogane S, Lamoureux P, McBridee J, Cheskesf S, Wellsb G, Stiell I. Cardiac arrest diagnostic accuracy of 9-1-1 dispatchers: a prospective multi-center study. *Resuscitation*. 2015; 90: 116-120.

Vidale S, Arnaboldi M, Bezzi G, Bono G, Grampa G, Guidotti M, Perrone P, Salmaggi A, Zarccone D, Zoli A, Agostoni E. Reducing time delays in the management of ischemic stroke patients in Northern Italy. *Int J Cardiol*. 2016; 215: 431-4.

Watkins CL, Jones SP, Leathley MJ, Ford GA, Quinn T, McAdam JJ, Gibson JME, Mackway-Jones KC, Durham S, Britt D, Morris S, O'Donnell M, Emsley HCA, Punekar S, Sharma A, Sutton CJ. Emergency Stroke Calls: Obtaining Rapid Telephone Triage (ESCORTT) – a programme of research to facilitate recognition of stroke by emergency medical dispatchers. Southampton (UK): NIHR Journals Library. 2014.

## **LEGISLAZIONE DI RIFERIMENTO**

"Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992" 17 maggio 1996.

Accordo Stato, Regioni e Province Autonome 25/10/2001 "Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza - urgenza sanitaria".

Comunicato n. 87 relativo al D.P.R. 27 marzo 1992, "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza".

Conferenza Stato Regioni, seduta del 22 maggio 2003: "Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza".

D.M. 15 maggio 1992 "Serie Generale Criteri e requisiti per la classificazione degli interventi di emergenza".

D.P.R. 27 marzo 1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza".

Decreto 17 Dicembre 2008: "Istituzione del Sistema Informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza".

Ministero della salute 2007: Mattone 11 Pronto soccorso e sistema 118.

Ministero della salute Raccomandazione n. 15 Febbraio 2013 "Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso".