ANPAS
COMITATO REGIONALE PIEMONTE

MANUALE DI FORMAZIONE PER IL VOLONTARIO S.A.R.A.

Servizio di Accompagnamento con Relazione d'Aiuto

V EDIZIONE

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

ANPAS
COMITATO REGIONALE PIEMONTE

PRESENTAZIONE

Il manuale che vi apprestate a utilizzare è stato pensato per la formazione dei Volontari ANPAS che andranno a svolgere l'importantissimo compito di accompagnare e assistere i pazienti all'interno del Servizio di Accompagnamento sanitario e socio-sanitario con Relazione d'Aiuto ed è stato realizzato mettendo a frutto l'esperienza maturata dai nostri formatori e dai nostri volontari nei cento anni della nostra storia.

E' quindi per me un gradito onore dare a tutti i voi il benvenuto nella nostra grande famiglia nella certezza che saprete fare vostri i valori che contraddistinguono il nostro operare.

Il Presidente,

Andrea Bonizzoli

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

CENTO ANNI DI SOLIDARIETÀ E DI TRASPARENZA

L'ANPAS nel 2004 ha celebrato il centenario della propria nascita. Fondata a Spoleto nel 1904 come Federazione Nazionale delle Pubbliche Assistenze, si è trasformata in Associazione Nazionale Pubbliche Assistenze nel congresso straordinario di Lerici nel 1987. Molte delle "Pubbliche Assistenze" che fondarono la federazione nazionale esistevano già da decenni.
Lo stato unitario, nato dagli ideali e dalle guerre del risorgimento, pur mantenendo marcati tratti moderati ed accentratori, è moderno e laico, aperto ad un prudente riformismo sociale. Si aprono spazi, specialmente nel campo sanitario e sociale che le categorie più deboli utilizzano per organizzarsi in associazioni e dare risposte alle proprie necessità che né le carità, né lo Stato soddisfano.
In questo contesto nascono le Pubbliche Assistenze. Esse si propongono di affermare i valori della laicità, della democrazia, della giustizia sociale e sono contro il monopolio nell'assistenza e beneficenza delle congregazioni di carità e delle opere pie. Nelle Pubbliche Assistenze si parla di solidarietà e non solo di carità, di fratellanza tra gli uomini come fine e mezzo dello sviluppo sociale. In quel momento storico, in cui l'espressione del voto è discriminatoria e legata al censo, nelle Pubbliche Assistenze – organizzazioni democratiche - i consiglieri sono eletti da tutti i soci e tutti possono essere candidati. Gli statuti fissano la missione delle associazioni nel soccorso sanitario, nel sostegno solidaristico ai cittadini in difficoltà, nell'educazione sanitaria e civile, negli interventi nelle calamità.
Verso la fine dell'800 le Pubbliche Assistenze avvertono la necessità di unirsi sul piano nazionale. Si svolgono congressi a La Spezia (1892), Roma, Livorno. Si costituisce l'Unione Regionale Toscana. Nel 1904 il congresso di Spoleto costituisce formalmente la Federazione Nazionale delle Società di Pubblica Assistenza.
Al moltiplicarsi delle associazioni nel Paese, soprattutto nel centro-nord, corrisponde una sempre più vasta adesione alla neo costituita Federazione. Il movimento cresce in modo imponente fino alla prima guerra mondiale. La guerra decima le attività delle associazioni e i volontari vengono inviati al fronte. Anche la Federazione Nazionale si impegna, insieme alla Croce Rossa, nel soccorso di guerra.
La forte ripresa di sviluppo e di attività del dopoguerra viene spenta dall'avvento del fascismo che considera le Pubbliche Assistenze "covi di sovversivi". Un decreto del 1930 scioglie le associazioni, ne chiude le sedi, trasferisce patrimoni e attrezzature alla Croce Rossa. Anche la Federazione Nazionale viene sciolta.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Alla fine della seconda guerra mondiale le Pubbliche Assistenze risorgono e si sviluppano in modo impetuoso.

Nello stesso periodo la Federazione contribuisce alla realizzazione di un sistema nazionale di protezione civile, utilizzando l'esperienza positiva degli interventi nei grandi disastri di dimensione nazionale (la diga del Vajont, l'alluvione di Firenze, i terremoti in Friuli e in Irpinia) che portano all'attenzione delle istituzioni il ruolo primario del volontariato nei grandi eventi calamitosi.

Negli anni '70-'80 comincia e si sviluppa una riflessione sui cambiamenti in corso e sul ruolo del volontariato nelle Pubbliche Assistenze. Emergono nuovi drammatici bisogni: nuove povertà, anziani, droga e immigrazione che il volontariato cerca di affrontare ma non può risolvere in assenza di un intervento organico dello Stato. È necessaria una riforma dell'assistenza che assicuri un'adeguata protezione sociale a tutti i cittadini. Contemporaneamente affiora la crisi di rappresentanza dei partiti politici (alcuni dei quali scompariranno con "tangentopoli"). Il movimento si pone come obiettivo di andare oltre il problema, di andare oltre i servizi, di raccogliere la rappresentanza dei bisogni, di divenire sempre più un soggetto politico sociale che promuove e difende i diritti dei cittadini.

Oggi l'ANPAS è la più grande associazione laica di volontariato del Paese. Aderiscono ad essa 840 Pubbliche Assistenze con 207 sezioni dislocate in tutte le Regioni italiane (a esclusione di Val d'Aosta e Trentino Alto Adige). I soci sostenitori sono 700.000. I volontari attivi con formazione adeguata sono 100.000, i giovani in Servizio Civile Nazionale sono 2.037 e 1.980 sono gli operatori professionali. I servizi sul territorio sono svolti con 2.700 ambulanze, 1.600 mezzi per servizi sociali, 500 mezzi di protezione civile.

Emergenza sanitaria "118" e soccorso sanitario sono storicamente le attività prevalenti dell'ANPAS, il 40% del trasporto sanitario in Italia è oggi svolto dalle Pubbliche Assistenze. In protezione civile l'ANPAS ha una propria struttura articolata a livello nazionale e regionale in grado di intervenire rapidamente e con efficacia in Italia e all'estero.

L'ANPAS è ente autorizzato per le adozioni internazionali in Armenia, Bulgaria, Costa Rica, Gambia, Kenia, Mauritius, Nepal, Repubblica Domenicana, Senegal, Sri Lanka, Taiwan e Venezuela e molteplici sono i progetti di cooperazione internazionale attivati.

L'ANPAS è uno dei più importanti enti di servizio civile con oltre duemila ragazze e ragazzi in servizio civile nazionale. E' partecipe attivo del Forum del Terzo Settore e,

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

anche attraverso di esso, interlocutore importante delle istituzioni a tutti i livelli per le politiche sociali e lo sviluppo del ruolo e della cultura del volontariato.
All'interno di questo contesto nel 1974 viene fondata l'allora Unione Regionale Piemontese, divenuta ANPAS Sezione Regionale Piemonte nel 1989 e trasformata in ANPAS Comitato Regionale Piemonte nel 1999. Il Comitato Piemonte ottiene nel 2002 la certificazione sistema qualità UNI EN ISO 9001:2000, il riconoscimento della personalità giuridica privata nel 2003, nel 2004 è il primo ente non-profit a livello mondiale a ottenere la certificazione del proprio rapporto sul capitale intellettuale e nel 2006 ottiene il riconoscimento di Ente Formativo Accreditato dalla Regione Piemonte.

I VALORI FONDAMENTALI DI ANPAS E DEL MOVIMENTO

Due elementi contenuti nello statuto di ANPAS e di ogni Pubblica Assistenza sono fortemente distintivi e aiutano a interpretare correttamente i valori espressi dal Movimento: il nome Pubblica Assistenza e la forma di Associazione di Volontariato.
Essere Associazione di Volontariato di Pubblica Assistenza significa innanzi tutto che l'aspetto centrale della Mission è l'assistenza intesa come azione rivolta verso "qualcosa", svolta a fianco di "qualcuno" e sviluppata in modo "pubblico".

Ogni Pubblica Assistenza, nell'ambito territoriale su cui sofferma l'attenzione, deve scegliere qual è il "guasto" della società verso cui agire l'azione di assistere.
Dal ruolo attuale delle Pubbliche Assistenze e dalla storia del Movimento discendono quindi i valori di riferimento di ANPAS: **uguaglianza**, **fraternità** e **libertà.** Sono questi tre valori, legati alla Rivoluzione Francese e propri dello Stato Moderno, a caratterizzare l'identità del Movimento e a tradursi attraverso la **partecipazione sociale** in un più completo e complesso sistema etico. **Laicità**, **democrazia**, **gratuità**, **universalità**, **mutualità** e **volontariato** distinguono l'agire di ANPAS e traducono nel quotidiano i suoi valori fondamentali: ognuno di essi preso singolarmente ha un valore etico e morale insostituibile per una associazione di volontariato ma solo se interpretato insieme agli altri dà il senso di cosa è ANPAS. I valori sono trasversali all'intero Movimento e trovano spazi di esistenza ad ogni livello: dalla singola associata ad ANPAS rappresentano il "filo rosso" che unisce e che permette di conoscersi e di riconoscersi.
Partecipazione sociale intesa come il "prendere parte alla realtà sociale e condi-

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

viderla attraverso un proprio impegno". L'integrazione tra le esigenze esistenti e le attività di ANPAS rendono quest'ultima compartecipe dei bisogni presenti sul territorio cercando di far fronte agli stessi attraverso i propri mezzi e le proprie risorse.

Laicità viene dal greco laikòs che significa "popolare", "del popolo": il Movimento trova la forza nel popolo, in quanto le Pubbliche Assistenze sono vicine al popolo di qualunque religione ed etnia, quindi nel Movimento la laicità è un valore importante e molto sentito come battistrada di tutte le scelte. Laicità significa esercitare il pensiero critico, andando oltre la dimensione dogmatica, non si esprime più in contrapposizione al cattolicesimo ma rappresenta più propriamente la capacità di essere trasversali e autonomi rispetto ad un'ideologia sia questa confessionale o partitica.

La **libertà** genera autonomia non solo nel determinare le diverse vie che possono essere percorse ma anche nello scoprire i nuovi bisogni e anticipare le risposte ai bisogni emergenti. Autonomia non solo nelle scelte, ma anche dai condizionamenti che ingabbiano le associazioni e che impediscono l'espressione delle loro potenzialità e della loro creatività. Libertà intesa anche come condivisione di esperienze diverse presenti in mondi diversi e come possibilità data a tutti di svolgere le proprie attività a prescindere dalla propria situazione e dai condizionamenti sociali e culturali.

L'azione di ANPAS si basa sul valore dell'**uguaglianza**: ANPAS considera le sue associate senza distinzione e privilegi facendo sì, ad esempio, che nel Consiglio nazionale tutti i Comitati regionali siano rappresentati attraverso almeno un delegato. Al primo livello, le associazioni offrono a chi decide di associarsi e si trova per diversi motivi in posizione svantaggiata, la possibilità di sentirsi uguali. Basti invece pensare al mondo del lavoro e di come esso discrimini l'accesso in base all'età o al sesso, indipendentemente dalla professionalità. Dimostrare che l'uguaglianza si mantiene lungo tutto il percorso di una vita consente di far esaltare un altro valore fondante delle nostre associazioni che è la libertà: posso forse essere libero se non c'è uguaglianza!

La **democrazia** è la forma di governo del popolo. Garantisce la possibilità di partecipazione ed espressione a tutti i livelli tramite la creazione di organi di rappresentanza su base elettiva. Presuppone il rispetto delle idee degli altri individui e l'accettazione di decisioni diverse dal proprio pensiero. Forse, ancora oggi, per i più giovani le nostre associazioni rappresentano il primo contatto con la democrazia: non si è soli, ci si confronta, si conoscono regole, ma si intuisce che si possono cambiare e che ognuno può contribuire in tal senso.

La **solidarietà (fraternità)** concepisce la comunità composta da persone tra le quali

Copia di consultazione
Comitato ANPAS Piemonte

esistono vincoli di collaborazione, comunanza di obiettivi, di problemi, di azioni. È uno dei principi sui quali si fonda la Repubblica italiana, che la accoglie tra i principi fondamentali (art. 2 chiede a tutti i cittadini: «l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale») e su di essa basa i rapporti civili, etico-sociali, economici e politici tra i cittadini e tra i cittadini e le istituzioni. Assieme alla **sussidiarietà** e all'**universalità** è uno dei riferimenti essenziali per la costruzione dello stato sociale: rispetto all'assistenzialismo pone i cittadini in posizione di parità e non di sudditanza dei più deboli riconoscendo a tutti pari dignità nella fruizione dei servizi. Solidarietà e gratuità contraddistinguono il **volontariato** che motiva un cittadino ad impegnarsi in prima persona e concretamente per il raggiungimento di una società più civile. E' un valore fondante di ANPAS e dei volontari che svolgono la loro attività a diversi livelli. Il volontariato non è dunque solo l'azione che si svolge nel momento in cui si è in servizio presso l'Associazione, ma è uno stile di vita responsabile che condiziona le proprie scelte ed il comportamento verso gli altri. E' un valore contaminante che non solo riempie la propria vita, ma influenza la società in cui si vive aiutandola a divenire più equa e solidale.

UNA SOCIETÀ PIÙ GIUSTA E SOLIDALE LA VISIONE DI ANPAS

La società ideale per ANPAS è una società in cui trovano declinazione corretta i suoi valori fondamentali.

È in primo luogo una società che permette lo sviluppo equilibrato di Pubbliche Assistenze che siano coerenti nelle azioni, nel rapporto con le Istituzioni, nella promozione del Volontariato con l'idea di essere Associazioni di Volontariato di Pubblica Assistenza.

Una società in cui chi si fa carico della sostenibilità della convivenza attraverso un impegno gratuito è interlocutore riconosciuto delle Istituzioni, una società in cui la libertà di scelta di svolgere attività di volontariato è tutelata come tutti gli altri diritti fondamentali della persona.

Una società in cui chi, con fatica, sceglie la responsabilità collettiva e l'esercizio della democrazia è messo nelle condizioni di sviluppare rappresentanza al pari di altre parti sociali.

Una società in cui il sistema di istruzione pubblico educa, ma soprattutto fa conoscere ai giovani le esperienze di lavoro gratuito e che punta alla formazione di "Cittadini" e

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

non di produttori/consumatori.
Una società in cui i sistemi redistributivi non tengono esclusivamente conto delle condizioni economiche ma che sono anche promotori di sviluppo sostenibile.
Una società in cui l'individuo è considerato nella sua interezza e non solamente come utente di servizi sanitari, di servizi sociali, come lavoratore o produttore di reddito o come consumatore; in questo senso la grande quantità di lavoro gratuito impiegato sulla mobilità ha la funzione di costruire garanzie di accesso ai servizi e l'organizzazione dell'emergenza non deve essere asservita a logiche esclusivamente economicistiche.

Una società in cui la "democrazia" non è soltanto una parola vuota che serve ad indicare l'atto di delega con il quale ogni cinque anni si dice a qualcuno di occuparsi delle nostre necessità salvo poi accorgersi che questo succede sempre meno.
Una società dove vengono attivati strumenti di partecipazione diretta anche in ambiti non tradizionali (es. ASL, scuole…) Una società che permette a tutti di partecipare e in cui la partecipazione è davvero il modo concreto in cui ciascuno - sentendo il dovere di farlo - si impegna, per quello che può, nel farsi carico delle istanze della comunità.
Una società non indifferente, rispettosa delle diversità ed allo stesso tempo accogliente, in cui nessuno si sente isolato ma può cogliere le opportunità di crescita umana e culturale che gli derivano dall'interagire con gli altri, pur nella fatica che questo comporta.
Una società che promuove un effettivo accesso al sapere, non finalizzato solamente alla funzionalità produttiva e dove la crescita culturale non si valuta solamente per i picchi più elevati, ma dove viene considerato essenziale un livello culturale medio proporzionato allo sviluppo economico e alla potenzialità di consumo.
Una società dove ANPAS potrà giocare ruoli importanti: essere **motore** di azioni di rete e di collaborazione tra i numerosi enti che costituiscono il Volontariato italiano favorendo il confronto e l'ascolto; essere **interlocutrice** di Enti e Istituzioni, in ragione del profondo radicamento sul territorio, **portavoce** dei bisogni [e delle attese] dei cittadini e promotrice di graduali riconoscimenti al valore e all'importanza del mondo del Volontariato.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

PERCHÉ QUESTO CORSO?

Dall'analisi dei bisogni effettuata nel corso degli anni 1998-1999 è emersa la necessità di una formazione adeguata perché il volontario impegnato nei servizi di accompagnamento socio-sanitario acquisisca le capacità di gestione della relazione di aiuto.

È d'altra parte dato di realtà il fatto che l'attività prevalente delle Pubbliche assistenze sia proprio il servizio di accompagnamento.

Con il termine "servizi di accompagnamento" ci si riferisce ai cosiddetti "trasporti ordinari" e "trasporti infermi", ossia a quei servizi svolti in ambulanza e non, che prevedono la necessità di offrire assistenza sanitaria, ma soprattutto relazionale alla persona accompagnata. In questa categoria di servizi rientrano attività quali il trasporto di dializzati, le dimissioni ospedaliere e l'accompagnamento di persone non autosufficienti a visite ambulatoriali, come anche attività di assistenza domiciliare.

Poiché tali servizi necessitano in primo luogo di una competenza relazionale e comunicativa, è stato progettato un corso mirato a far acquisire ai volontari strumenti operativi adeguati per affrontare i problemi quotidiani di natura psicologica e assistenziale.

Il corso si compone di tre moduli:

I MODULO - GESTIONE SANITARIA DEL PAZIENTE E ATTIVAZIONE DEL SISTEMA 118

II MODULO - GESTIONE ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE

III MODULO- GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE E RELAZIONE D'AIUTO CON IL PAZIENTE

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Autori:

Simone BESANA
Esmeralda CASTAGNO
Simona NEGRI
Roberto RAMPONE
Fabrizio RUFFINATTO
Stefania TESTORE
Debora VIETTO

Impaginazione e revisione grafica a cura di
Katia BELSITO e Simone BESANA

V Edizione - Ristampa 2021

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

CORSO DI FORMAZIONE SARA

Opportunità

Il ruolo del volontario impegnato nell'espletamento dei servizi d'istituto, (servizi ordinari), assume una rilevanza sempre più importante che necessita di un profilo con competenze tecnico personali strutturate. In quest'ottica il corso SARA vuole soddisfare queste esigenze, offrendo alle associazioni un valido e tempestivo strumento formativo.

Finalità

Sviluppare le competenze tecnico sanitarie e potenziare le qualità e le capacità relazionali dei volontari in un'ottica di soddisfazione dell'utente.

Obiettivi

- Trasferire i valori e le finalità delle organizzazioni di volontariato e dell'ANPAs (Associazione Nazionale Pubbliche Assistenze).
- Comprendere e applicare i principi base in ambito comunicazionale e interpersonale.
- Acquisire capacità al lavoro di gruppo.
- Saper gestire le criticità nell'ambito della relazione d'aiuto con le diverse tipo logie d'utenza.
- Trasferire gli strumenti per la gestione sanitaria del paziente e l'attivazione del sistema 118.
- Acquisire le capacità di gestione assistenziale del paziente.

Metodo di lavoro e materiale

Lezioni frontali.
Esercitazioni individuali e di gruppo.
Dispense.

Programma

I modulo - gestione sanitaria del paziente e attivazione del sistema 118
II modulo - gestione assistenziale del paziente

Partecipanti

Tutti i volontari con età non inferiore ai 18 anni impegnati o che si vogliono impegnare nei servizi d'istituto (servizi ordinari). Numero massimo di partecipanti per ogni corso 24. Al fine di migliorare l'apprendimento e il gradimento dei partecipanti si verificherà la possibilità di corsi con un numero di partecipanti non superiori ai 18/20.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Durata
Sei incontri per un totale di 40 ore.
La frequenza è obbligatoria, con la possibilità di assentarsi al massimo per il 20% della durata delle attività didattiche.

Valutazione di certificazione e rilascio attestati formativi
La certificazione delle capacità acquisite avviene con lo svolgimento, da parte del discente di almeno 3 prove pratiche di valutazione, una per ciascun ambito di competenze (gestione sanitaria, assistenziale e relazionale).

D.G.R. n. 45 – 6134 del 11 giugno 2007, Bollettino Ufficiale n. 26 del 28/06/2007.
Ai sensi dell'art. 3 comma 3 lettera m) della L.R. 42/1992, il corso termina con l'espletamento di un esame finale, effettuato alla presenza dei docenti del corso e di un rappresentante della Regione, nominato dall'Azienda sanitaria regionale previa designazione della Centrale operativa 118 di riferimento.
Al fine della certificazione il mancato conseguimento dell'idoneità in tale sede comporta l'obbligo di ripetere per intero il corso. La frequenza di un precedente corso, concluso senza il conseguimento dell'idoneità, non costituisce credito formativo.
In caso di inidoneità verrà rilasciato attestato di partecipazione non certificativo.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Indice generale

CAPITOLO 1
Il volontario SARA 15

CAPITOLO 2
Il sistema di emergenza sanitaria 31

CAPITOLO 3
La chiamata di soccorso e le comunicazioni radio 41

CAPITOLO 4
La valutazione 53

CAPITOLO 5
Il supporto di base delle funzioni vitali – adulto (BLS) 73

CAPITOLO 6
Le emorragie 89

CAPITOLO 7
I comportamenti e le situazioni a rischio infettivo 101

CAPITOLO 8
Il materiale e le attrezzature per le ambulanze di trasporto e di soccorso 115

CAPITOLO 9
Situazioni con rischio infettivo o disorganizzativo della cellula sanitaria 123

CAPITOLO 10
La mobilizzazione e il trasferimento della persona 131

CAPITOLO 11
Lo spostamento in sicurezza delle persone da trasportare 149

CAPITOLO 12
La comunicazione 163

CAPITOLO 13
la relazione d'aiuto 177

CAPITOLO 14
I concetti di salute, malattia e adattamento delle persone 181

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

CAPITOLO 15
il rapporto con le persone anziane 189

CAPITOLO 16
il rapporto con il bambino e con l'adolescente 195

CAPITOLO 17
il rapporto con le persone disabili 205

CAPITOLO 18
il rapporto con il paziente terminale 213

CAPITOLO 19
la gestione emotiva dell'operatore 219

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Capitolo 1

Il volontario SARA

Copia di consultazione
Copyright AVIS Piemonte

IL VOLONTARIO SARA

OBIETTIVI

Riconoscersi nel ruolo e nelle funzioni del volontario SARA

- Trasporto dializzati
- Dimissioni ospedaliere
- Trasporto non autosufficienti (visite specialistiche e terapie)
- Assistenza domiciliare

INTRODUZIONE

La sigla SARA ha il significato di Servizi di Accompagnamento con Relazione d'Aiuto

I servizi di accompagnamento necessitano in primo luogo di una competenza relazionale e comunicativa (d'aiuto), da qui la sigla SARA. Il volontario SARA viene impegnato quotidianamente nei servizi di accompagnamento. Con il termine "servizi di accompagnamento" ci si riferisce ai cosiddetti "trasporti ordinari" e "trasporti infermi", ossia a quei servizi svolti in ambulanza e non, che prevedono la necessità di offrire assistenza sanitaria, ma soprattutto relazionale alla persona accompagnata.
In questa categoria di servizi rientrano attività quali il trasporto di dializzati, le dimissioni ospedaliere e l'accompagnamento di persone non autosufficienti a visite ambulatoriali, come anche attività di assistenza domiciliare.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

ANALISI DEL RUOLO, DELLE FUNZIONI E DEI COMPITI

Analizziamo di seguito il ruolo, le funzioni e i compiti del volontario SARA ponendo a confronto i medesimi con quelli del volontario soccorritore 118 (VS 118).

Il ruolo

ANPAS	
Volontario SARA	**Volontario soccorritore 118 (VS 118)**
Il volontario che svolge i servizi di accompagnamento (trasporti ordinari - trasporto infermi) è un cittadino che offre un servizio di accompagnamento e assistenza socio-sanitaria con competenza nell'ambito di un'organizzazione definita (la propria associazione). **Prende il nome di volontario SARA**	Il volontario che svolge i servizi d'emergenza-urgenza è un cittadino che opera un intervento di primo soccorso con capacità professionali nell'ambito di un'organizzazione definita (propria associazione e Sistema 118). **Prende il nome di volontario soccorritore 118**
I destinatari dei servizi sono: • Persone che necessitano di un accompagnamento di tipo occasionale in rapporto a necessità contingenti al loro attuale stato di infermità. • Persone affette da un problema di salute di tipo cronico che accedono con regolarità e comunque con una certa frequenza al servizio di accompagnamento a ospedali, centri diagnostici, servizi ambulatoriali ecc. L'aspetto della continuità nell'erogazione del servizio è ciò che determina la necessità di una buona formazione all'utilizzo della relazione d'aiuto, a sostegno del rapporto di fiducia che *naturalmente* si crea in queste situazioni. Il termine competenza si riferisce e si circoscrive alla formazione, all'impegno di operare secondo coscienza e solidarietà al meglio delle capacità intellettuali, gestuali e relazionali, alla volontà di aggiornarsi periodicamente.	*I destinatari dei servizi sono:* • Persone che necessitano di un'assistenza di tipo sanitario urgente. Il termine professionale riferito al volontario soccorritore 118 si riferisce e si circoscrive alla formazione, all'impegno di operare secondo coscienza e al meglio del proprio sapere/saper-fare/saper-essere, alla volontà di aggiornarsi periodicamente. Il VS 118 è un operatore costitutivo della propria associazione e del Sistema di emergenza sanitaria 118 e coopera con gli altri operatori professionisti (infermiere professionale e medico).

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Le funzioni

I volontari SARA e i volontari soccorritori 118 con un'adeguata formazione e conseguente certificazione devono essere rispettivamente in grado di svolgere le seguenti funzioni:

ANPAS	
Volontario SARA	**Volontario Soccorritore 118 (VS 118)**
• **Valutare** le condizioni e le funzioni vitali di una persona bisognosa di assistenza sanitaria durante tutto il servizio. • **Fornire l'assistenza sanitaria, assistenziale e relazionale** sul luogo e durante il trasferimento verso la struttura competente. • **Gestire l'organizzazione** di un trasporto, garantendo le condizioni di sicurezza nelle sue varie fasi. • **Prestare l'assistenza di primo soccorso** qualora la persona improvvisamente abbia un problema di salute acuto e critico, attivandosi e coordinandosi con il Sistema 118. • **Operare in modo coordinato** con: i componenti della squadra, gli operatori sanitari, la propria associazione e la Centrale operativa di emergenza sanitaria 118 (in caso di necessità).	• **Valutare** le condizioni cliniche di una persona bisognosa di soccorso sanitario classificandolo secondo i protocolli stabiliti. • **Prestare l'assistenza di primo soccorso** sul luogo e durante il trasferimento verso la struttura sanitaria competente relazionandosi con la persona da soccorrere. • **Gestire l'organizzazione** di un soccorso, garantendo le condizioni di sicurezza nelle sue varie fasi. • **Operare in modo coordinato** con: i componenti della squadra, gli operatori del DEA, la Centrale operativa del Sistema di emergenza sanitaria 118 e le altre équipe di soccorso non sanitario.

I compiti

I compiti sono le capacità operative di identificare i problemi ed eseguire:

- Le metodiche di identificazione e di soccorso rispetto al problema di salute della persona da soccorrere.
- L'assistenza sanitaria, la gestione assistenziale e relazionale della persona da trasportare.
- Le procedure gestionali e organizzative;
- La capacità di essere parte e di promuovere l'appartenenza a un sistema complesso e multi livello, cioè a partire dalla propria squadra passando ai collegamenti con la propria Centrale operativa o associazione fino all'affidamento della persona da soccorrere o assistere all'équipe del DEA/PS o struttura sanitaria di riferimento.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

ANPAS	
Volontario SARA	**Volontario Soccorritore 118 (VS 118)**
1. La gestione sanitaria del paziente e attivazione del Sistema 118. 2. La gestione assistenziale del paziente. 3. La gestione della comunicazione e relazione d'aiuto del paziente.	*Quelli previsti da:* Standard formativo per il volontario soccorritore 118

Gli obiettivi formativi

Gli OBIETTIVI formativi esprimono il risultato atteso del percorso di apprendimento di ciascun volontario, cioè le capacità operative nelle situazioni reali e concrete.

Il volontario dovrà apprendere e fare:

- *"sapere"* conoscere tecniche e procedure sanitarie e di soccorso;
- *"saper fare"* mettere in pratica in modo corretto tecniche e procedure;
- *"saper essere"* sapersi relazionare con *i **bisogni della persona***, con la propria équipe e con gli altri operatori sanitari e non.

Gli standard e percorsi formativi previsti sono:

ANPAS	
Volontario SARA	**Volontario Soccorritore 118 (VS 118)**
Il corso di formazione SARA **s**ervizi di **a**ccompagnamento con **r**elazione d'**a**iuto - (orientato al ruolo, alle funzioni e ai compiti del volontario che opera **su autoambulanza di trasporto** per l'espletamento di servizi di accompagnamento - servizi ordinari – trasporto infermi).	L'*Allegato A* e l'*Allegato B* - (orientati al ruolo, alle funzioni e ai compiti del volontario soccorritore che opera in un équipe di soccorritori su **autoambulanza di soccorso**).

Configurazione giuridica del volontario SARA

Il volontario in servizio è:

- Una persona esercente un servizio di pubblica necessità (art. 359 c.p.). volontario ANPAS

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

• Un incaricato di pubblico servizio (art. 358 c. p.).

Durante l'espletamento dei servizi d'urgenza e d'istituto si possono prospettare i seguenti reati penali dei quali il volontario deve essere informato.

art. 54, Codice Penale - **Stato di necessità**	Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé o altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo (c.p. 55; p.m.p. 44; c.c. 2045). Questa disposizione non si applica a chi ha un particolare dovere giuridico di esporsi al pericolo. La disposizione della prima parte di questo articolo si applica anche se lo stato di necessità è determinato dall'altrui minaccia (c.p. 611); ma, in tal caso, del fatto commesso dalla persona minacciata risponde chi l'ha costretta a commetterlo (c.p. 462, 48, 86).
art. 2045, Codice Civile - **Stato di necessità**	Quando chi ha compiuto il fatto dannoso vi è stato costretto dalla necessità di salvare sé o altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona (c.c. 1447), e il pericolo non è stato da lui volontariamente causato né era altrimenti evitabile (c.p. 54), al danneggiato è dovuta un'indennità (c. 20472) , la cui misura è rimessa all'equo apprezzamento del giudice (att. c. 194).
art. 314, Codice Penale - **Peculato**	… l'incaricato di un pubblico servizio (c.p. 358), che, avendo per ragione del suo ufficio o servizio il possesso o comunque la disponibilità di danaro o di altra cosa mobile altrui, se ne appropria, è punito con la reclusione da tre a dieci anni (c.p. 32-quinquies, 322-bis, 323-bis). Si applica la pena della reclusione da sei mesi a tre anni quando il colpevole ha agito al solo scopo di fare uso momentaneo della cosa, e questa, dopo l'uso momentaneo, è stata immediatamente restituita (c.p. 323-bis) (1).
art. 316, Codice Penale - **Peculato mediante profitto dell'errore altrui**	… l'incaricato di un pubblico servizio (c.p. 358), il quale, nell'esercizio delle funzioni o del servizio, giovandosi dell'errore altrui, riceve o ritiene indebitamente, per sé o per un terzo, denaro o altra utilità, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni (c.p. 322-bis, 322-ter, 323-bis) (1).
art. 317, Codice Penale - **Concussione**	… l'incaricato di un pubblico servizio (c.p. 358), che, abusando della sua qualità o dei suoi poteri costringe o induce taluno a dare o a promettere indebitamente, a lui o ad un terzo, denaro o altra utilità, è punito con la reclusione da quattro a dodici anni (c.p. 32-quater, 32-quinquies , 322-bis, 322-ter, 323-bis) (1).

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

art. 323, Codice Penale - **Abuso d'ufficio**	Salvo che il fatto non costituisca un più grave reato, … l'incaricato di pubblico servizio (c.p. 358) che, nello svolgimento delle funzioni o del servizio, in violazione di norme di legge o di regolamento, ovvero omettendo di astenersi in presenza di un interesse proprio o di un prossimo congiunto (c.p. 3074) o negli altri casi prescritti (c.p.p. 36, 1452 , 2231; p.c. 51, 73, 192), intenzionalmente procura a sé o ad altri un ingiusto vantaggio patrimoniale ovvero arreca ad altri un danno ingiusto è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni. La pena è aumentata (c.p. 64) nei casi in cui il vantaggio o il danno hanno un carattere di rilevante gravità (c.p. 323-bis) (1).
art. 326, Codice Penale - **Rivelazione ed utilizzazione di segreti di ufficio**	… la persona incaricata di un pubblico servizio (c.p. 358), che, violando i doveri inerenti alle funzioni o al servizio, o comunque abusando della sua qualità, rivela notizie d'ufficio, le quali debbano rimanere segrete (c.p.p. 201, 329), o ne agevola in qualsiasi modo la conoscenza, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni (c.p. 261 s.). Se l'agevolazione è soltanto colposa (c.p. 432), si applica la reclusione fino a un anno. … la persona incaricata di un pubblico servizio (c.p. 358), che, per procurare a sé o ad altri un indebito profitto patrimoniale, si avvale illegittimamente di notizie d'ufficio, le quali debbano rimanere segrete, è punito con la reclusione da due a cinque anni. Se il fatto è commesso al fine di procurare a sé o ad altri un ingiusto profitto non patrimoniale o di cagionare ad altri un danno ingiusto, si applica la pena della reclusione fino a due anni (c.p. 323) (1).
art. 328, Codice Penale - **Rifiuto di atti d'ufficio. Omissione**	… l'incaricato di un pubblico servizio (c.p. 358), che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che, per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica, o di ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione da sei mesi a due anni. Fuori dei casi previsti dal primo comma, … l'incaricato di un pubblico servizio (c.p. 358), che entro trenta giorni dalla richiesta di chi vi abbia interesse non compie l'atto del suo ufficio e non risponde per esporre le ragioni del ritardo, è punito con la reclusione fino ad un anno o con la multa fino a lire due milioni. Tale richiesta deve essere redatta in forma scritta ed il termine di trenta giorni decorre dalla ricezione della richiesta stessa (1).
art. 331, Codice Penale - **Interruzione di un servizio pubblico o di pubblica necessità**	Chi, esercitando imprese di servizi pubblici (c.p. 358) o di pubblica necessità (c.p. 359, n. 2), interrompe il servizio, ovvero sospende il lavoro nei suoi stabilimenti, uffici o aziende, in modo da turbare la regolarità del servizio, è punito con la reclusione da sei mesi a un anno e con la multa non inferiore a lire un milione (c.p. 332). I capi, promotori od organizzatori sono puniti con la reclusione da tre a sette anni e con la multa non inferiore a lire sei milioni. Si applica la disposizione dell'ultimo capoverso dell'articolo precedente (1).
art. 336, Codice Penale - **Violenza o minaccia a un pubblico ufficiale**	Chiunque usa violenza o minaccia a un pubblico ufficiale (c.p. 357) o ad un incaricato di un pubblico servizio (c.p. 358), per costringerlo a fare un atto contrario ai propri doveri, o ad omettere un atto dell'ufficio o del servizio, è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni (c.p. 339). La pena è della reclusione fino a tre anni, se il fatto è commesso per costringere alcuna delle persone anzidette a compiere un atto del proprio ufficio o servizio, o per influire, comunque, su di essa (c.p. 339) (1) (2).

Copia per consultazione
Copyright AIPO Piemonte

art. 337, Codice Penale - **Resistenza a un pubblico ufficiale**	Chiunque usa violenza o minaccia per opporsi a un pubblico ufficiale (c.p. 357), o ad un incaricato di un pubblico servizio (c.p. 358), mentre compie un atto d'ufficio o di servizio, o a coloro che, richiesti, gli prestano assistenza (c.p. 652), è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni (c.p. 359) (1).
art. 340, Codice Penale - **Interruzione di un ufficio o servizio p bblico o di un servizio di pubblica necessità**	Chiunque, fuori dei casi preveduti da particolari disposizioni di legge cagiona un'interruzione o turba la regolarità di un ufficio o servizio pubblico (c.p. 358) o di un servizio di pubblica necessità (c.p. 359) è punito con la reclusione fino a un anno. I capi promotori od organizzatori sono puniti con la reclusione da uno a cinque anni.
art. 348, Codice Penale - **Abusivo esercizio di una professione**	Chiunque abusivamente esercita una professione, per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato, è punito con la reclusione fino a sei mesi o con la multa da lire duecentomila a un milione (c.p. 398) (1).
art. 362, Codice Penale - **Omessa denuncia da parte di un incaricato di pubblico servizio**	L'incaricato di un pubblico servizio (c.p. 358) che omette o ritarda di denunciare all'Autorità indicata nell'articolo precedente un reato del quale abbia avuto notizia nell'esercizio o a causa del servizio (c.p.p. 331), è punito con la multa fino a lire duecentomila (c.p. 363, 384). Tale disposizione non si applica se si tratta di un reato punibile a querela della persona offesa (c.p. 120 ss.; p.p. 331, 334-bis, 336), né si applica ai responsabili delle comunità terapeutiche socio-riabilitative per fatti commessi da persone tossicodipendenti affidate per l'esecuzione del programma definito da un servizio pubblico (1).
art. 494, Codice Penale - **Sostituzione di persona**	Chiunque, al fine di procurare a sé o ad altri un vantaggio o di recare ad altri un danno, induce taluno in errore, sostituendo illegittimamente la propria all'altrui persona, o attribuendo a sé o ad altri un falso nome, o un falso stato, ovvero una qualità a cui la legge attribuisce effetti giuridici, è punito, se il fatto non costituisce un altro delitto contro la fede pubblica con la reclusione fino a un anno (c.p. 496; nav. 1133) (1).
art. 496, Codice Penale - **False dichiarazioni sull'identità o su qualità personali proprie o di altri**	Chiunque, fuori dei casi indicati negli articoli precedenti, interrogato sull'identità, sullo stato o su altre qualità della propria o dell'altrui persona, fa mendaci dichiarazioni a un pubblico ufficiale (c.p. 357), o a persona incaricata di un pubblico servizio (c.p. 358), nell'esercizio delle funzioni o del servizio, è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa fino a lire un milione (c.p. 651).

Copia di conservazione
Copyright AVPO Piemonte

art. 589, Codice Penale - **Omicidio colposo**	Chiunque cagiona per colpa la morte di una persona è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni (c.p. 586). Se il fatto è commesso con violazione delle norme sulla disciplina della circolazione stradale (1) o di quelle per la prevenzione degli infortuni sul lavoro (2) la pena è della reclusione da uno a cinque anni. Nel caso di morte di più persone, ovvero di morte di una o più persone e di lesioni di una o più persone, si applica la pena che dovrebbe infliggersi per la più grave delle violazioni commesse aumentata fino al triplo, ma la pena non può superare gli anni dodici (3).
art. 590, Codice Penale - **Lesioni personali colpose**	Chiunque cagiona ad altri per colpa una lesione personale è punito con la reclusione fino a tre mesi o con la multa fino a lire seicentomila (c.p. 582). Se la lesione è grave (c.p. 583) la pena è della reclusione da uno a sei mesi o della multa da lire duecentoquarantamila a un milione e duecentomila, se è gravissima (c.p. 5832), della reclusione da tre mesi a due anni o della multa da lire seicentomila a due milioni e quattrocentomila (1).
(continua) art. 590, Codice Penale - **Lesioni personali colpose**	Se i fatti di cui al precedente capoverso sono commessi con violazione delle norme sulla disciplina della circolazione stradale (2) o di quelle per la prevenzione degli infortuni sul lavoro (3), la pena per le lesioni gravi (c.p. 583) è della reclusione da due a sei mesi o della multa da lire quattrocentomila a un milione e duecentomila; e la pena per lesioni gravissime (c.p. 5832) è della reclusione da sei mesi a due anni o della multa da lire un milione e duecentomila a due milioni e quattrocentomila (1). Nel caso di lesioni di più persone si applica la pena che dovrebbe infliggersi per la più grave delle violazioni commesse, aumentata fino al triplo; ma la pena della reclusione non può superare gli anni cinque. Il delitto è punibile a querela della persona offesa, salvo nei casi previsti nel primo e secondo capoverso, limitatamente ai fatti commessi con violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro o relative all'igiene del lavoro o che abbiano determinato una malattia professionale (4).
art. 593, Codice Penale - **Omissione di soccorso**	Chiunque, trovando abbandonato o smarrito un fanciullo minore degli anni dieci, o un'altra persona incapace di provvedere a se stessa, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia o per altra causa, omette di darne immediato avviso all'Autorità è punito con la reclusione fino a tre mesi o con la multa fino a lire seicentomila (1). Alla stessa pena soggiace chi, trovando un corpo umano che sia o sembri inanimato, ovvero una persona ferita o altrimenti in pericolo, omette di prestare l'assistenza occorrente o di darne immediato avviso all'Autorità (1). Se da siffatta condotta del colpevole deriva una lesione personale (c.p. 582 s.), la pena è aumentata (c.p. 64); se ne deriva la morte, la pena è raddoppiata (2).

Copia di consultazione
Copyright AVPAS Piemonte

art. 622, Codice Penale - **Rivelazione di segreto professionale**	Chiunque, avendo notizia, per ragione del proprio stato o ufficio, o della propria professione o arte, di un segreto, lo rivela, senza giusta causa, ovvero lo impiega a proprio o altrui profitto, è punito, se dal fatto può derivare nocumento, con la reclusione fino a un anno o con la multa da lire sessantamila a un milione (c.p. 326) (1). Il delitto è punibile a querela della persona offesa.
art. 658, Codice Penale - **Procurato allarme presso l'Autorità**	Chiunque, annunziando disastri, infortuni o pericoli inesistenti, suscita allarme presso l'Autorità o presso enti o persone che esercitano un pubblico servizio, è punito con l'arresto fino a sei mesi o con l'ammenda da lire ventimila a un milione (c.p. 340).
art. 614, Codice Penale **Violazione di domicilio**	Chiunque s'introduce nell'abitazione altrui, o in un altro luogo di privata dimora, o nelle appartenenze di essi, contro la volontà espressa o tacita di chi ha il diritto di escluderlo, ovvero vi s'introduce clandestinamente o con inganno (c.p.p. 391-septies), è punito con la reclusione fino a tre anni (cost. 14). Alla stessa pena soggiace chi si trattiene nei detti luoghi contro l'espressa volontà di chi ha il diritto di escluderlo, ovvero vi si trattiene clandestinamente o con inganno. Il delitto è punibile a querela della persona offesa. La pena è da uno a cinque anni, e si procede d'ufficio, se il fatto è commesso con violenza sulle cose (c.p. 3922), o alle persone (c.p. 5812), ovvero se il colpevole è palesemente armato.

Dobbiamo ricordare sempre che: Il VOLONTARIO SARA, non essendo medico né infermiere, **deve astenersi** dal fare tutto ciò che compete la professione sanitaria: (reato di esercizio abusivo della professione sanitaria, Art. 348 C.P.).

In particolare

Servizi d'emergenza-urgenza:

- non può e non deve fare diagnosi di morte. Nel dubbio dovrà sempre propendere per una diagnosi probabile di vita e comportarsi di conseguenza (salvo nei casi che la morte sia evidente: decapitazione e decomposizione);
- non deve muovere e/o rimuovere un cadavere dal luogo di ritrovamento senza il nulla-osta dell'Autorità Giudiziaria;
- non deve introdursi nell'abitazione altrui contro la volontà degli occupanti, (Violazione di domicilio, Art. 614 C.P.);

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Servizi d'accompagnamento e servizi d'emergenza-urgenza:

- non deve obbligare nessuno a farsi soccorrere o trasportare (Legge n° 180/1978). Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari. (art. 32 Costituzione della Repubblica italiana) art. 32, Costituzione della Repubblica italiana: La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo (1) e interesse della collettività (2), e garantisce cure gratuite agli indigenti (3). Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana (4).

Aspetti legali del servizio

Il volontario provvede, senza fini di lucro, al soccorso e al trasporto di feriti, ammalati e infortunati. Tale opera, altamente meritoria, è regolata dallo statuto e dai regolamenti interni dell'associazione a cui il volontario appartiene, nonché dalle leggi dello Stato.

Perciò l'operatore SARA e il soccorritore, anche se volontario, oltre che con dedizione e altruismo, dovranno agire con prudenza, competenza e perizia, nell'assoluto rispetto delle leggi dello Stato e dell'associazione di appartenenza.

Non sempre, però, avviene così. Anche se raramente, ancora oggi, nell'espletamento dei servizi di accompagnamento i volontari in servizio non rispettano le necessità e la volontà di chi viene trasportato e assistito.

Nei servizi d'urgenza ancora troppo spesso si considera valido (se non unico) aiuto alla persona in pericolo di vita il suo trasporto rapido in un luogo di cura. È così che ancora oggi, troppo spesso, un infortunato viene raccolto rapidamente sul luogo dell'incidente, caricato velocemente con pochi riguardi sopra un'ambulanza e avviato a tutta velocità verso l'ospedale. È fermamente radicato tra il personale delle ambulanze e tra la popolazione il pensiero che velocità sia uguale a sopravvivenza. Ma sappiamo bene che non è così: le corse a pieno motore e a sirene spiegate verso l'ospedale, senza che alla persona venga praticata un'assistenza appropriata e qualificata, sono inutili quanto pericolose.

Inutile correre sulla strada se, a terra prima e in ambulanza poi, non si provvede a tamponare un'emorragia. Inutile correre se a un folgorato, a un infartuato, a un intossicato non si provvede subito a praticare la respirazione artificiale e il massaggio cardiaco esterno.

Inutile correre se non si immobilizza un arto fratturato. Inutile correre se non si liberano le vie aeree e non si pratica la respirazione artificiale a una persona che sta soffocando. L'infortunato all'ospedale arriverà morto.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

LE RESPONSABILITÀ

Le responsabilità del volontario sono pertanto di grande rilievo e si collegano strettamente con il comportamento che il volontario stesso deve avere costantemente in servizio. Esse sono di ordine morale e legale o giuridico.

La responsabilità morale

- È ciò che spinge il volontario a impegnarsi in questo servizio di solidarietà verso il prossimo e lo vincola ad agire secondo coscienza.
  È costituita dai doveri che il volontario sente verso l'ammalato, i suoi famigliari, i colleghi, l'associazione di appartenenza e l'intera società e che lo spingono ad agire con educazione, senso civico, generosità, sensibilità e competenza.

La responsabilità giuridica

- È ciò a cui deve rispondere "**personalmente**" davanti alla legge in caso di comportamento "non idoneo" durante il servizio e si può suddividere in:
  – **Civile**: art. 2043 c.c. - "qualunque fatto **doloso** (= intenzionale, azione volontaria e consapevole) o **colposo** (= non intenzionale, per imprudenza, negligenza o imperizia) che cagiona ad altri un **danno** ingiusto obbliga colui che ha commesso il fatto a **risarcire** il danno". La gravità e la misura del risarcimento varierà.
  – **Penale**: quando si trasgredisce la legge si commette un **reato**; la responsabilità è **individuale**, quindi si risponde in prima persona all'autorità giudiziaria (art. 27 costituzione).

LA PRIVACY

La tutela della privacy

Il 25 maggio 2018 è entrato ufficialmente in vigore il nuovo Regolamento Europeo 2016/679 (d'ora in poi anche solo "Regolamento") che armonizza a livello comunitario la disciplina sul trattamento dei dati personali.

Al fine di adeguare la preesistente normativa italiana al nuovo Regolamento (il D.lgs. 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali, d'ora in poi anche solo "Codice Privacy"), il D.lgs. 101/2018, ha introdotto significative modifiche al suddetto Codice privacy.

Il Regolamento e il novellato Codice privacy, dunque, costituiscono attualmente la normativa italiana di riferimento per la regolamentazione della tutela dei dati personali.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

I servizi erogati dal 118, considerando che quotidianamente comportano il trattamento di una molteplicità di dati particolari (compresi quelli idonei a rivelare lo stato di salute dei cittadini – pazienti), necessitano di un grosso impegno non solo per evitare, attraverso adeguate misure di sicurezza, il pericolo di perdita di tali dati, ma anche per garantire che un loro uso scorretto possa danneggiare o ledere i diritti, le libertà fondamentali e la dignità delle persone interessate.

Per quanto concerne il trattamento di queste categorie particolari di dati, la normativa prevede che il cittadino abbia diritto alla riservatezza dei dati relativi alla sua malattia e a ogni altra circostanza che lo riguardi.

Per tale motivo, in conformità a quanto disposto espressamente dall'art. 29 del Regolamento, i dati personali vengono trattati solo da personale formato e autorizzato, vincolato al segreto professionale e al segreto d'ufficio, come esplicitato precedentemente parlando dell'art. 326, Codice Penale - Rivelazione/utilizzazione di segreti di ufficio.

Al fine di garantire la massima tutela dei dati personali nel contesto sopra evidenziato e in accordo a quanto disposto dal citato Regolamento, il cittadino – paziente, nella qualità di interessato, ha diritto a essere informato dal Titolare del trattamento circa le modalità e le finalità del trattamento dei propri dati personali (art. 13).

Inoltre, ai sensi degli artt. 15 – 22 del Regolamento, l'interessato ha la possibilità di esercitare nei confronti del Titolare una serie di diritti e, in particolare: richiedere l'accesso ai propri dati personali, la cancellazione, la limitazione, la rettifica, la portabilità e l'opposizione al trattamento dei medesimi dati; infine, egli ha altresì la possibilità di proporre reclamo direttamente all'Autorità competente (Garante per la protezione dei dati personali).

I dati relativi a ciascun utente del servizio nonché ogni servizio effettuato sono registrati e archiviati con modalità informatiche e in modo cartaceo. I dati possono poi essere elaborati per motivi di studio, per scopi statistici o per monitoraggio degli indicatori del servizio.

Ogni chiamata da/per il Numero Unico dell'Emergenza 112 e la Centrale Operativa 118 viene registrata e la registrazione viene archiviata come parte integrante della cartella clinica. Il riascolto delle registrazioni segue le stesse disposizioni di sicurezza relative alla consultazione della cartella clinica.

I responsabili della tutela della privacy sono nominati:

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

• dalla Direzione Sanitaria Aziendale o dalle Centrali Operative 118, per quanto concerne il Sistema di Emergenza Urgenza 118 del Piemonte;

• dall'associazione di appartenenza per i dati trattati e gestiti in proprio dall'Associazione medesima su mandato del Sistema Emergenza Urgenza 118 o derivanti da obblighi di legge.

Il consenso informato

Il consenso informato è l'assenso che il paziente dà per iscritto, su apposito

modulo, a terapie e interventi, soltanto dopo essere stato adeguatamente informato dal medico sulla malattia, sul trattamento, sui rischi, sulle probabilità di riuscita e sulle alternative alle terapie e agli interventi proposti.

Il paziente, inoltre, autorizza il Titolare al trattamento dei propri dati personali e soprattutto, dei dati relativi allo stato di salute (categorie particolati di dati, ai sensi dell'art.9 del Regolamento), mediante l'apposizione consenso per mezzo della sottoscrizione degli appositi spazi presenti all'interno della scheda di intervento 118.
Il paziente è libero di accettare o rifiutare le terapie e gli interventi proposti dal medico.

Il paziente ha il diritto di chiedere tutte le informazioni che riguardano il suo stato di salute (informazioni che devono essergli fornite con un linguaggio facilmente comprensibile) e di scegliere, fra le varie alternative terapeutiche, quella che ritiene più consona al suo stile di vita.

Nell'emergenza vi sono aspetti peculiari, in particolare:

- la telefonata di richiesta di intervento è registrata, per cui la richiesta verbale di consenso informato a ricevere la prestazione sanitaria e l'accettazione o il rifiuto espressi verbalmente hanno validità come da consenso o dissenso scritto e firmato;

- sul territorio il medico, l'infermiere, (nel caso di MSB) il personale volontario o dipendente dell'associazione che prestano il soccorso, nei casi in cui le condizioni di salute non rendano possibile acquisire il consenso informato agiscono come se il consenso fosse stato espresso per tutte le manovre e le terapie salvavita.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Richiesta di documentazione clinica

La documentazione relativa al soccorso può essere richiesta unicamente alla

Centrale Operativa 118 di riferimento. L'Associazione deve unicamente fornire la documentazione alle autorità competenti (Forze dell'Ordine incaricate di eventuali indagini e/o Magistratura) previa loro formale richiesta scritta.

Reclami, segnalazione di disservizi, suggerimenti e proposte

Tutte le comunicazioni dell'utente vanno indirizzate alla Centrale Operativa 118 di riferimento.

Registrazione delle comunicazioni

Tutte le telefonate che giungono al Numero Unico dell'Emergenza 112, alla

Centrale Operativa su linea 118 e le comunicazioni radio, sono registrate su supporto informatico, al fine di garantire l'immediatezza del riascolto nel caso in cui emergesse una inesattezza dei dati raccolti e successivamente trasmessi (come ad esempio il numero civico di una abitazione o un numero di telefono); inoltre per verificare gli orari esatti in cui le comunicazioni sono avvenute.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Capitolo 2

Il sistema di emergenza sanitaria

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

IL SISTEMA DI EMERGENZA SANITARIA

OBIETTIVI

- Collocarsi all'interno del Sistema 118, quale elemento della catena del soccorso.
- Definire il Sistema di emergenza sanitaria e identificare le sue componenti.

INTRODUZIONE

In un sistema di emergenza sanitaria così integrato, è fondamentale che ogni componente di tale sistema sia perfettamente compatibile con gli altri elementi.
Tutti gli elementi del sistema concorrono a formare la cosiddetta "catena del soccorso" che idealmente serve a condurre la persona che ha avuto un problema sanitario "dalla strada all'ospedale". Questa catena è tanto più forte quanto più gli anelli sono resistenti e saldamente concatenati tra loro.
La resistenza della catena è data dalla forza del suo anello più debole: non serve a nulla avere anelli ultraspecializzati e superefficienti se l'anello precedente o seguente è debole. La catena del soccorso inizia partendo dal comune cittadino che si accorge che è in atto un'emergenza sanitaria e decide di richiedere l'intervento del 118. Anche il volontario SARA diviene parte integrante di tale "catena del soccorso" ogni qual volta durante i propri servizi si trova a dover gestire un'emergenza di tipo sanitario.
La preparazione formativo/sanitaria del volontario SARA seguendo le linee guida previste dallo standard formativo per il volontario soccorritore 118 - IV edizione, permette una maggiore efficienza operativa, uniformità nei compiti, nelle procedure e nel linguaggio rispetto alle altre componenti della catena, e la conseguente garanzia di offrire alla persona nel bisogno il miglior trattamento sanitario possibile.
Non bisogna però dimenticare che la preparazione puramente "sanitaria" del volontario SARA è contenuta rispetto a quella del volontario soccorritore 118 avendo competenze diverse e deve pertanto interfacciarsi immediatamente con il Sistema 118.

L'emergenza sanitaria

L'emergenza sanitaria, intesa come problema di salute di gravità variabile, con insorgenza acuta e improvvisa, riveste da sempre una grande importanza per gli esiti che si possono determinare. Le conseguenze di un intervento di soccorso errato o ritardato possono essere gravi e invalidanti per la persona vittima di un tale eventualità. Inoltre le ripercussioni sociali ed economiche incidono sull'intera comunità.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Il sistema di allarme telefonico

Il Numero Unico dell'Emergenza - 112
Di fronte a un'emergenza di qualunque natura, sia essa di tipo sanitario, un incendio o altro, il numero da chiamare è, ormai da tempo in tutta Europa il 112, conosciuto anche come NUE o Numero Unico dell'Emergenza.

Il numero unico 112 può essere contattato 24 ore su 24 da qualsiasi telefono, fisso o cellulare, per segnalare situazioni di emergenza e richiedere il pronto intervento. Il servizio è gratuito, multilingue e permette la localizzazione immediata degli utenti che chiamano.

Chiamando il numero unico per le emergenze, 112, si entra in contatto con un operatore della Centrale Unica di Risposta (CUR): l'operatore che vi risponderà, dopo avervi geolocalizzati e individuato l'esigenza, smisterà la telefonata all'ente competente per la gestione dell'evento di emergenza (Carabinieri, Polizia, Vigili del Fuoco, Emergenza Sanitaria).

In caso di un'emergenza prevalentemente sanitaria verrete messi in contatto con un infermiere della Centrale Operativa 118.

Il sistema 118

Per Sistema 118 o Sistema di emergenza sanitaria si intende un insieme organizzato e coordinato di persone e strutture che interagiscono a livelli diversi e con competenze specifiche per il raggiungimento di obiettivi comuni. L'obiettivo principale che si pone il Sistema 118 è la capacità di rispondere a tutte le esigenze dei cittadini che rivestono carattere di emergenza sanitaria.

Il soccorso, prima dell'entrata in vigore del D.P.R. 27/03/1992, era concepito come semplice trasporto della persona malata o infortunata. Tale trasporto era espletato in modo disomogeneo e senza coordinamento. Questo significava creare:
- confusione in quanto spesso risultava difficile reperire il numero telefonico di chi svolgeva il soccorso sul territorio;
- ritardo nei soccorsi poiché le prestazioni di soccorso fornite non erano omogenee nella qualità e nei tempi di intervento;
- mancato coordinamento dei soccorsi perché sullo stesso evento potevano

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

sopraggiungere più ambulanze e non sempre la persona soccorsa veniva trasportata presso il presidio ospedaliero più idoneo.

Organizzazione del Sistema 118

Per razionalizzare la situazione che si era venuta a creare, si è reso indispensabile riorganizzare tutti i servizi preposti all'emergenza sanitaria al fine di poter stabilizzare precocemente la persona soccorsa e consentirne un'ospedalizzazione corretta nella struttura più idonea.

Per ridurre la mortalità e gli esiti invalidanti per le persone con problemi di salute e per diminuire i costi sociali di tali esiti, si è introdotto il concetto di prosecuzione del soccorso extraospedaliero e continuità terapeutica in ambiente protetto.

Il Ministero della Sanità, con l'introduzione del D.P.R. 27103/1992, ha affrontato il problema articolandolo sostanzialmente in:

- sistema di allarme che comprende l'istituzione di un numero unico a livello nazionale e delle Centrali Operative;
- sistema di accettazione ed emergenza sanitaria comprendente la riorganizzazione dei Pronto Soccorso e dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA).

Il sistema di allarme telefonico

Contesto territoriale e demografico di riferimento

Il territorio della Regione Piemonte comprende otto province con una popolazione di riferimento pari a 4.446.230 residenti (Banca Dati Demografica Evolutiva Regione Piemonte dati al 31.12.2009) e una superficie di 25.402,46 chilometri quadrati.

Nella Regione si rileva un livello relativamente basso di densità abitativa pari a 175 abitanti per chilometro quadrato, contro un livello medio nazionale di 200 abitanti per chilometro quadrato e una media del Nord-Ovest di 276 abitanti per chilometro quadrato (Dati ISTAT dicembre 2009).

Occorre inoltre segnalare lo squilibrio nella distribuzione della popolazione tra le province: da 72 abitanti a 335 abitanti per chilometro quadrato. L'orografia della Regione Piemonte con una superficie montana di 13.166 chilometri quadrati, pari al 51% della superficie totale, è tra i principali fattori determinanti la disomogeneità della densità abitativa.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Figure operanti nel sistema di emergenza sanitaria
Le figure che operano nel Sistema di emergenza sanitaria sono:
- Volontari del soccorso e personale delle associazioni di volontariato.
- Medici e infermieri professionali.
- Veterinari.
- Tecnici del soccorso alpino.
- Operatori tecnici (piloti, tecnici di volo).
- Operatori di centrale operativa.
- Personale amministrativo.
- Consulenti per la formazione.
- Vigili del Fuoco.
- Forze dell'Ordine.

Risorse strutturali del sistema di emergenza sanitaria
Le risorse strutturali del Sistema di emergenza sanitaria sono:
- Pronto soccorso - DEA (Dipartimento d'Emergenza e Accettazione).
- Associazioni di volontariato.
- Centrali operative sanitarie e Centrali operative non sanitarie.

Mezzi sanitari del sistema di emergenza sanitara
I mezzi sanitari del Sistema di emergenza sanitaria sono:
- Ambulanze di soccorso di base.
- Ambulanze di soccorso avanzato di base.
- Ambulanze di soccorso avanzato.
- Auto per guardia medica.
- Eliambulanza.

La centrale operativa

La centrale operativa, di seguito denominata CO, rappresenta un elemento fondamentale della fase extraospedaliera delle emergenze/urgenze in campo sanitario e garantisce il coordinamento di tutti gli interventi che vengono attivati mediante il sistema di allarme telefonico.
Altri compiti della CO sono quelli di soddisfare ogni richiesta inoltrata, che non sempre riveste carattere di urgenza, e quelli di essere il riferimento per le strutture sanitarie nei casi particolari (espianti, trasporto organi, ricerca plasma e farmaci salvavita, trasporti assistiti o secondari ecc.).
Per l'utenza esterna, peculiarità della CO è la possibilità di modulare la risposta di

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

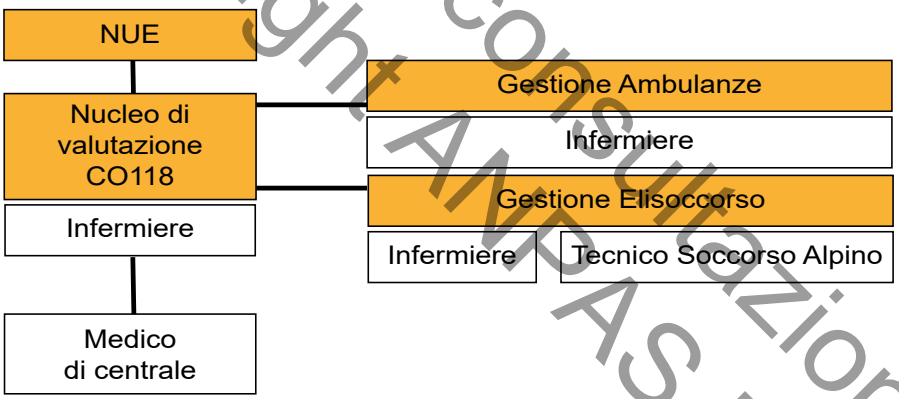
soccorso in funzione della richiesta di emergenza; in base alla tipologia dell'evento e alla gravità viene individuato un mezzo di soccorso all'interno di una vasta disponibilità (MSA terrestre o ad ala rotante, MSA specializzato, MSAB, MSB), al fine di garantire una risposta sanitaria tempestiva e adeguata all'utenza.
La richiesta viene elaborata in base a protocolli predefiniti, non in base a opinioni, e se necessario ricorrendo ad atti medici delegati, traducendola in un codice alfanumerico di priorità che comprende gravità, patologia e luogo dell'intervento.
L'elaborazione avviene compilando una scheda di Centrale, ponendo al richiedente domande ben precise e stabilendo la gravità dei sintomi riferiti.
Oltre alla CO di Torino, che si trova a Grugliasco, sono state realizzate altre CO a presidio del territorio regionale.
Il medico di Centrale ha il compito di coordinare e sovrintendere tutte le attività della CO.
Egli svolge le mansioni necessarie al corretto funzionamento della CO ed è responsabile delle attività da essa svolte. Esso è presidiato da infermieri professionali che devono nel più breve tempo possibile comprendere la natura della richiesta. Alla valutazione seguirà l'invio del mezzo di soccorso ritenuto più opportuno. Nel caso in cui la richiesta abbia una spiccata valenza di soccorso alpino, essa sarà indirizzata al Nucleo di soccorso alpino, dove un tecnico del SASP (Soccorso Alpino e Speleologico Piemontese) si occuperà del coordinamento dei soccorsi con l'invio di squadre a terra e, quando necessario, di un'eliambulanza con configurazione alpina.
Per ogni intervento gestito, il personale del NUE 112 operante provvede alla compilazione di un'apposita scheda computerizzata sulla quale vengono riportati i dati del richiedente (indirizzo, numero telefonico, età, nominativo, piano e ora dell'arrivo della chiamata oltre ad altri possibili riferimenti utili per l'espletamento della missione). L'infermiere professionale della CO118, a seguito di domande e risposte mirate e alla propria esperienza, stabilirà un codice alfanumerico di intervento e consegnerà la scheda per l'inoltro del mezzo prescelto alle competenti gestioni: gestione elisoccorso e gestione mezzi a terra. Egli inoltre dovrà sovrintendere l'intera missione dal punto di vista sanitario, confrontandosi con il medico di Centrale, che ha la possibilità di formulare atti medici delegati per tutti quei casi che esulano dai protocolli.
Compito non meno importante del medico di Centrale è l'interfaccia con le Direzioni sanitarie degli ospedali o Aziende Sanitarie Regionali (ASR) e con l'utenza per il rispetto delle competenze di ospedalizzazione.
Le due gestioni, elisoccorso e mezzi a terra, sono presiedute da operatori specializzati di Centrale che, suddivisi in due postazioni, radio e chiusura/archiviazione schede, provvedono all'inoltro del servizio all'associazione o ente che

Copia di consultazione
Copyright AMPS Piemonte

espleterà il soccorso o alla base di elisoccorso competente. L'intera missione viene seguita attraverso un contatto radio fino all'operatività del mezzo di soccorso per un nuovo intervento.

Altri compiti non meno importanti sono affidati alle CO, per esempio:
- Gestione delle mono-, macro- e maxi-emergenze
- Gestione delle emergenze ambientali
- Gestione delle emergenze veterinarie (in alcune ASL)
- Gestione della guardia medica domiciliare (solo per Torino città).

Esistono a tal proposito specifici nuclei, appositamente predisposti, gestiti da personale chiamato in reperibilità per non intralciare la normale routine lavorativa della centrale.



Sistema di accettazione e di emergenza sanitaria

La risposta ospedaliera viene assicurata da due differenti strutture:

- Pronto soccorso
- Dipartimento di emergenza e accettazione (DEA)

Il **pronto soccorso** deve garantire, compatibilmente con le specialità di cui è dotato, interventi diagnostico - terapeutici di urgenza, stabilizzazione dei pazienti e garantire il trasporto secondario protetto verso centri più attrezzati.
Il **DEA** deve garantire nell'arco delle 24 ore, oltre alle funzioni del pronto soccorso, interventi diagnostico - terapeutici di emergenza medici, ortopedici, chi-

Copia di consultazione
Copyright AMPAS Piemonte

rurgici, pediatrici e ostetrici; interventi di osservazione - assistenza cardiologici e rianimatori. A seconda delle componenti specialistiche aggiuntive e organizzative può essere diviso in I e II livello.

I mezzi di soccorso

I mezzi di soccorso si dividono in due grandi gruppi	TERRESTRI (ambulanze, auto-moto mediche)
	AEREI (eliambulanze)

Il loro impiego è vincolato dalla localizzazione e dal tempo di raggiungimento del target (stabilito da indirizzi ministeriali) e dalle condizioni atmosferiche. Quelli terrestri possono essere allestiti su mezzi di serie o mezzi speciali, trasportare équipe di soccorso diverse, a seconda delle esigenze. I mezzi aerei possono avere caratteristiche tecniche e composizione dell'equipaggio diverse a seconda degli impieghi (montagna o pianura).

Tutti i mezzi di soccorso devono trasportare:
• attrezzature sanitarie;
• equipaggio di soccorso.

Essi devono essere confortevoli per l'equipaggio, spaziosi e pratici per le attrezzature, sicuri, affidabili e con buona velocità d'azione per la realizzazione di un soccorso efficiente.

I mezzi terrestri

Questi mezzi possono essere allestiti diversamente a seconda degli impieghi. Sostanzialmente possiamo affermare che le auto mediche e le moto mediche, in quelle realtà in cui tali mezzi sono stati adottati, hanno il compito di trasportare velocemente una équipe di soccorso avanzata sul target. Per le ambulanze il DPR 553 del 17 dicembre del 1987 stabilisce una normativa comune per la costruzione e l'immatricolazione.

Prima dell'entrata in vigore di tale decreto (117/89) chiunque poteva liberamente immatricolare un mezzo e con piccoli accorgimenti adibirlo ad ambulanza.

L'Art. 1 divide in due classi questi mezzi a seconda delle dimensioni del vano

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

sanitario, delle attrezzature e dell'utilizzo:
TIPO A sono le ambulanze di soccorso;
TIPO B sono le ambulanze di trasporto.

In Piemonte la legge regionale n° 42 del 1992, e la successiva integrazione DGR 9 giugno 2008 stabilisce la dotazione minima di attrezzatura per le ambulanze di soccorso e per quelle di trasporto.
A seconda del tipo di mezzo (MSB = mezzo di soccorso di base; MSA = mezzo di soccorso avanzato), il personale che compone l'equipaggio ha una diversa professionalità; avremo équipe formate da:
- soli soccorritori (volontari o dipendenti) - MSB;
- soccorritori con l'aggiunta di un infermiere professionale - MSAB;
- soccorritori ancora con l'aggiunta di un infermiere professionale e di un medico, che potrà essere ospedaliero o proveniente dalla guardia medica con Corso di qualificazione (ex Art. 22) – MSA.

I mezzi aerei

Il tipo di mezzo aereo scelto per effettuare il soccorso su un territorio come quello italiano è l'elicottero.
Grazie ad alcune sue caratteristiche, quali la versatilità di impiego e la velocità d'azione, risponde a buoni requisiti di comfort nel trasporto della persona (vibrazioni limitate e accelerazioni graduali).
Le macchine impiegate, a seconda del tipo di intervento, consentono quasi sempre il trasporto di una sola persona e non sempre, date le scarse dimensioni del vano sanitario, sono permesse agevoli manovre sull'infortunato.
Per questo motivo il trasportato deve sempre essere stabilizzato e all'occorrenza sedato e intubato, prima di effettuare l'imbarco. Sui mezzi ad ala rotante

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

prende posto un'équipe sanitaria altamente specializzata formata da medico anestesista-rianimatore e infermiere professionale.
Questi mezzi sono impiegati in missioni primarie (emergenze), quando i tempi di raggiungimento del target per i mezzi terrestri si dilatano oltre gli indirizzi ministeriali (20 minuti in territorio extraurbano) o quando le indicazioni sull'evento lasciano intravedere particolari condizioni patologiche dell'infortunato (per esempio grandi traumi) o particolari scenari (più vittime, grandi calamità). Essi sono diversamente impiegati in missioni secondarie quando si rende necessario trasferire velocemente una persona da un centro ospedaliero periferico in un centro ospedaliero polispecialistico o con particolari specialità (centro grandi ustionati, rianimazione, centro neonatale ecc.). Alcune volte tale mezzo potrebbe eccezionalmente essere impiegato per servizi diversi quali espianti, trasporto organi, farmaci rari. Normalmente i trasferimenti si effettuano sempre nell'ambito della Regione, tuttavia in alcuni casi vengono autorizzati voli interregionali.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Capitolo 3

La chiamata di soccorso e le comunicazioni radio

Copia di consultazione
Copyright AMPS Piemonte

LA CHIAMATA DI SOCCORSO

OBIETTIVI

- Formulare la chiamata al NUE 112 e l'attivazione del Sistema di emergenza 118.

INTRODUZIONE

Con l'istituzione del numero unico 112 la maggior parte delle chiamate di soccorso vengono raccolte dal NUE e dirottate alla Centrale operativa 118 che attiva i mezzi sanitari d'urgenza più idonei. Talvolta però la provenienza delle chiamate di soccorso può essere diversa. Ciò può provocare confusione, ritardo nei soccorsi, mancato coordinamento nel caso non vengano comunque coordinate e raccolte dalla Centrale operativa 118.

Il volontario SARA durante l'espletamento dei servizi di accompagnamento si può trovare a dover gestire emergenze di tipo sanitario per molteplici cause, quali:
- aggravamento delle condizioni della persona trasportata,
- incidenti durante il tragitto,
- insorgenza di malori nella persona assistita.

Se pur addestrato e con una preparazione base nella gestione sanitaria della persona da assistere deve attivare immediatamente il Sistema di emergenza sanitaria 118. Nelle pagine seguenti vedremo come rilevare correttamente i parametri relativi alle funzioni vitali (coscienza, respiro e circolo) che dovranno essere comunicati alla CO 118.

LA CHIAMATA

Il volontario SARA in caso di situazioni d'emergenza di tipo sanitario deve mettersi immediatamente in contatto con la CO 118.

Se non per l'impossibilità di chiamare direttamente il sistema di emergenza, il volontario SARA non deve demandare mai a nessuno la richiesta di soccorso, nemmeno alla propria associazione in quanto una volta in contatto con la CO 118 gli verranno richiesti aggiornamenti e specifiche sulle condizioni della persona assistita.
Non dimentichiamo che il volontario SARA è parte integrante della catena di

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

soccorso.

… la chiamata di soccorso è il bisogno urgente di un cittadino di essere soccorso o aiutato, per problemi di tipo sanitario… il volontario SARA "chiamando" il sistema di emergenza garantisce l'attivazione immediata della catena di soc-

corso in risposta ai bisogni del cittadino…
"La catena del soccorso inizia partendo dal comune cittadino che si accorge che è in atto un'emergenza sanitaria e decide di richiedere l'intervento del 118."

Il volontario SARA dovrà quindi chiamare il 112 via telefono (non disponendo di radio e telefono collegati direttamente con la CO) per richiedere l'intervento di un'équipe di soccorso e in specifico la comunicazione dovrà contenere i seguenti elementi chiave:

1. Identificarsi
2. Motivare la chiamata
3. Dove siamo
4. Cosa è successo
5. Cosa devo fare

Chiamare il NUE 112 via telefono

Identificarsi	Dire all'operatore di Centrale chi siamo: "Sono un volontario ANPAS nell'espletamento di un servizio di assistenza".
Motivare la chiamata	Si deve motivare la propria chiamata: "Ho bisogno di un'équipe di soccorso per …" . L'operatore a questo punto vi metterà in comunicazione con il sistema di emergenza sanitaria 118 con un infermiere per la "valutazione".
Dove siamo	Bisogna comunicare esattamente dove ci troviamo in modo che possa essere attivata l'équipe di soccorso idonea più vicina. Se è possibile comunicare un numero di telefono per eventuali comunicazioni aggiuntive.
Cosa è successo	Dobbiamo descrivete all'infermiere della valutazione esattamente cosa è successo, lo scenario eventuale, i parametri delle funzioni vitali della persona da soccorrere. In questo momento il volontario SARA diviene gli "occhi" della Centrale operativa.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Cosa devo fare	Nell'attesa dell'arrivo dell'équipe di soccorso il volontario SARA deve supportare la persona da soccorrere. Nel caso non si conoscano le procedure da seguire il volontario SARA deve chiedere supporto all'infermiere che lo guiderà.

La chiamata per servizi di accompagnamento

Le richieste di ambulanze per servizi di accompagnamento (servizi ordinari - trasporto infermi) non vengono gestite dalla Centrale operativa 118 in quanto non richiedono mezzi di soccorso per trasporti d'emergenza-urgenza.
La gestione di tali trasporti viene effettuata direttamente dall'associazione di volontariato. Le richieste possono venire da privati cittadini, case di cura, Asl ecc.
È importante, ricevendo la richiesta per un servizio di accompagnamento, raccogliere le seguenti informazioni:

Persona da trasportare	Nome Cognome – Indirizzo: via, numero civico, altri riferimenti utili, piano, scala – Numero di telefono (per eventuali comunicazioni).
Patologia	Se possibile, può essere utile sapere la patologia della persona da trasportare e in specifico se è allettato ed eventuali problemi per il trasporto (peso, difficoltà respiratoria, osteoporosi ecc...).
Luogo di destinazione	Dove deve essere trasportato. A che ora bisogna arrivare (ora appuntamento) e concordare l'ora di partenza per un trasporto sicuro.

Si ricorda la tutela della privacy della persona da accompagnare e in specifico dei dati raccolti.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

LE COMUNICAZIONI RADIO

OBIETTIVI

- Applicare i protocolli per le comunicazioni radio.
- Applicare le procedure circa le comunicazioni radio.

INTRODUZIONE

Durante i servizi di accompagnamento (come per i servizi d'emergenza-urgenza sanitaria) le comunicazioni con la propria associazione di volontariato avvengono normalmente via radio. Difficilmente, se non per motivi particolari, si utilizzano rete telefonica fissa o mobile. È pertanto importante imparare il corretto linguaggio e il comportamento da seguire quando si utilizza questo sistema di comunicazione.

SISTEMA RADIO

Il sistema radio permette di trasformare la voce in onde elettromagnetiche che, tramite un trasmettitore e un ricevitore, viaggiando via etere, consentono un collegamento a breve-lungo raggio.
Le trasmissioni radio, nel campo dell'emergenza sanitaria, avvengono attualmente utilizzando le frequenze del campo VHF (Very High Frequency) e UHF (Ultra High Frequency).
Le comunicazioni radio fra l'associazione e l'ambulanza permettono di trasmettere e ricevere in tempo reale tutte le informazioni necessarie all'espletamento del servizio.
Tenendo presente che il canale radio può essere impegnato esclusivamente da un apparato alla volta e che questo non può essere interrotto finché non viene concluso il messaggio, le trasmissioni devono essere:

- pertinenti
- chiare
- esaurienti
- brevi

Il messaggio radio si diffonde attraverso onde elettromagnetiche lasciate libere di allontanarsi dalla loro sorgente (trasmittente) e quindi captabili da qualsiasi ricevitore adeguato.
Spesso capita che si lasci la radio "aperta" in fonia durante la sosta del mezzo

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

o durante gli interventi di soccorso, in questo modo tutti gli astanti sentono le comunicazioni radio che avvengono sulla rete dell'emergenza. Gli argomenti trattati e l'immagine del servizio impongono un comportamento professionale da parte di tutti gli operatori, quindi è necessaria la massima riservatezza.
Un elemento che contribuisce a rendere il linguaggio uniforme nelle comunicazioni radio fra i vari operatori è l'utilizzo dell'alfabeto fonetico ICAO.
In questo modo si evita ogni incomprensione fra i mezzi sul territorio e l'associazione; l'alfabeto risulta particolarmente utile per la comunicazione di parole di difficile comprensione o ricevute scorrettamente specificando lettera per lettera.

L'alfabeto fonetico ICAO viene usato normalmente dal Sistema d'emergenza sanitaria 118.

ALFABETO FONETICO ICAO

A = ALFA	H = HOTEL	O = OSCAR	V = VICTOR
B = BRAVO	I = INDIA	P = PAPA	W = WHISKY
C = CHARLIE	J = JULIET	Q= QUEBEC	X = XRAY
D = DELTA	K = KILO	R = ROMEO	Y = YANKEE
E = ECHO	L = LIMA	S = SIERRA	Z = ZULU
F = FOXTROT	M = MIKE	T = TANGO	
G = GOLF	N= NOVEMBER	U = UNIFORM	

I PROTOCOLLI PER LE COMUNICAZIONI RADIO

Poiché le comunicazioni devono essere sviluppate con lo stesso linguaggio, la costruzione delle frasi, dei codici, le sigle, la metodologia di chiamata e quella di risposta devono essere standardizzate al massimo.
La rigorosa applicazione di questa regola raggiunge due scopi:
- rende universali le comunicazioni su tutto il territorio, facendo operare senza incomprensioni e perdite di tempo mezzi e personale appartenenti a strutture diverse;
- riconoscersi nella professionalità del gruppo rafforza in tutti i singoli operatori l'idea di partecipazione rendendo unitario il sistema.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Dall'allertamento del mezzo alla conclusione dell'intervento è fondamentale garantire un flusso di informazioni bidirezionali che consentano lo scambio costante di notizie e informazioni necessarie sia all'équipe dell'ambulanza che alla sede dell'associazione.

Le comunicazioni radio devono utilizzare lo stesso linguaggio

L'utilizzo corretto della radio e delle comunicazioni radio può avvenire solo con la pratica: riportiamo di seguito alcuni esempi per rendere più chiaro il linguaggio che bisogna adottare.
Il volontario SARA deve per prima cosa imparare a comunicare correttamente con la propria associazione sia via radio sia via cavo, al fine di garantire la continuità dei servizi senza ritardi dovuti a incomprensioni.

Nelle pagine seguenti riporteremo alcuni esempi di comunicazioni radio. Viene riportata l'associazione di appartenenza come chiamante o chiamata tra e per l'ambulanza di trasporto, perché si stanno ipotizzando comunicazioni durante servizi di accompagnamento. Durante i servizi d'emergenza-urgenza, il linguaggio, le modalità e le procedure sono le medesime, l'unica cosa che cambia è che chi coordina il servizio è la Centrale operativa 118 e le chiamate avverranno in modo bidirezionale con essa.

Per descrivere le comunicazioni radio a titolo esemplificativo:
- l'associazione verrà chiamata DELTA ZERO:
- l'ambulanza in servizio di accompagnamento verrà chiamata DELTA 15:

Per iniziare una comunicazione

Per iniziare una comunicazione il chiamante pronuncia prima la sigla del terminale chiamato e dopo il proprio identificativo.

Esempio:

Se l'ambulanza Delta 15 deve chiamare l'associazione, la frase iniziale sarà:
"DELTA ZERO da DELTA, UNO, CINQUE".

Se l'associazione (Delta zero) deve chiamare l'ambulanza Delta 15 dirà:
"DELTA, UNO, CINQUE da DELTA ZERO".

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Per rispondere alla chiamata

Il terminale chiamato confermerà di essere in ascolto e di essere pronto a ricevere il messaggio rispondendo: "**AVANTI**".

Esempio:

Se l'associazione (Delta zero) ha chiamato l'ambulanza Delta 15 questa risponderà:
"**AVANTI** per DELTA, UNO, CINQUE ".

Per alternarsi nelle comunicazioni

Per alterarsi nella comunicazione è fondamentale che i due interlocutori comprendano di essere chiamati a rispondere quando l'altro ha finito di dire la propria frase. Quindi al momento del passaggio si dovrà inserire la parola **"CAMBIO"**.

Per riferire i numeri con più cifre

I numeri con più cifre possono essere compresi non correttamente, quindi vanno letti uno alla volta.
Esempio:

L'ambulanza DELTA 15 deve essere pronunciata come "DELTA, UNO, CINQUE".
Il numero civico 103 deve essere pronunciato "**UNO**, **ZERO**, **TRE"**:

Per comunicare messaggi articolati

Messaggi radio contenenti nomi, numeri o comunicazioni importanti vanno sempre riscontrati e ripetuti. Non è sufficiente il semplice riscontro con l'affermazione "**RICEVUTO**" che va comunque data in tutte le comunicazioni chiaramente comprese.

Esempio n. 1:

L'associazione (Delta zero) comunica via radio con l'ambulanza (Delta 15), in rientro da un servizio, per assegnarle una dimissione dall'Ospedale civile, reparto di Geriatria a casa della persona dimissionaria. L'indirizzo dell'abitazione

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

gli verrà comunicato direttamente in ospedale.

L'ambulanza Delta 15 risponde:

"**RICEVUTO** da DELTA, UNO, CINQUE, dimissione Ospedale civile, reparto Geriatria, stimato quindici primi, **CAMBIO**".

L'associazione (Delta zero) risponde:
"**RICEVUTO** da DELTA ZERO **CONFERMATO** stimato di quindici primi".

Esempio n. 2:

L'associazione (Delta zero) comunica via radio con l'ambulanza (Delta 15), in rientro da un servizio, per assegnarle un servizio dialisi imprevisto (l'altra ambulanza che doveva occuparsene è in ritardo). Il servizio è da via Martiri della Libertà 127, nome sul campanello Verdi, terzo piano all'Ospedale civile reparto Dialisi.

L'ambulanza Delta 15 risponde:
"**RICEVUTO** da DELTA, UNO, CINQUE, servizio dialisi da via Martiri della Libertà UNO DUE SETTE, riferimento Verdi, piano terzo, destinazione Ospedale civile, stimato sette primi; **CAMBIO**".

L'associazione (Delta zero) risponde:
"**RICEVUTO** da DELTA ZERO **CONFERMATO** stimato di sette primi".

Per formulare richieste/risposte

Nelle comunicazioni radio è difficile comprendere se la frase contiene un'affermazione oppure una richiesta. In caso di domanda è quindi necessario far seguire alla frase la parola "**INTERROGATIVO**".

Esempio:

Può essere necessario chiedere chiarimenti. La frase: "Il nome sul campanello è Verdi." si presta alle due interpretazioni, pertanto in caso di domanda si espliciterà: "Il nome sul campanello è Verdi? **INTERROGATIVO**. **CAMBIO**".

A causa della loro brevità le parole SI - NO possono perdersi nelle comunica-

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

zioni.
Pertanto vanno sostituite con “**AFFERMATIVO**” - “**NEGATIVO**”.

Esempio:

Richiesta: “Il civico UNO DUE SEI è corretto? **INTERROGATIVO**, **CAMBIO**”
Risposta: “**NEGATIVO**, il civico è UNO DUE SETTE”.

Per precisare parole non chiare o confondibili per la pronuncia

Esistono spesso parole o nomi difficilmente comprensibili o che possono essere scambiati con altri. In questo caso è buona norma, anche senza richiesta dell’interlocutore, pronunciare separatamente le lettere usando l’alfabeto fonetico ICAO.

Esempio:

Il nome sul campanello è OULX.
La comunicazione espliciterà: OSCAR, UNIFORM, LIMA, X-RAY.

Le principali procedure circa le comunicazioni radio

Le seguenti “principali” procedure devono essere sempre osservate durante tutti i tipi di servizio, sia per i servizi di accompagnamento che per i servizi d’emergenza. Le seguenti vengono adottate anche dalla CO 118.

- Il volontario SARA impegnato in comunicazioni radio deve utilizzare un linguaggio chiaro, esauriente e professionale (evitare dialetti locali).
- Non devono mai essere dati via radio il nome della persona effettivamente trasportata. Gli unici nominativi che si possono comunicare sono quelli di ri- ferimento sul campanello. Nel caso di servizi aggiuntivi non programmati solo il Cognome.
- Non è consentita l’effettuazione di comunicazioni radio tra terminali periferici (ambulanze, auto, sedi, portatili, ecc.) se non esplicitamente autorizzate dalla propria associazione ed esclusivamente per motivi di servizio.
- Durante tutta la durata del servizio e fino al rientro effettivo presso la propria sede, tutti i mezzi devono mantenersi in costante contatto radio con l’associazione.
- Ogni comunicazione operativa deve essere rivolta esclusivamente all’associazione (movimento mezzi, richieste di interventi supplementari per proble-

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

mi). Si ricorda che se durante i servizi d'accompagnamento insorge la necessità di un'équipe di soccorso, la richiesta deve essere fatta direttamente alla Centrale operativa 118.
- L'apertura del ponte radio non è simultanea all'operazione di pressione del tasto di trasmissione (PTT); è quindi buona norma attendere almeno due secondi prima di iniziare la comunicazione.
- Le chiamate non devono mai restare senza risposta. Può succedere che l'operatore non risponda con immediatezza ad alcune comunicazioni radio da parte dell'ambulanza, questo perché l'operatore può essere impegnato al telefono.
- Tutte le comunicazioni radio devono essere legate a esigenze di servizio; la radio non deve pertanto essere utilizzata per comunicazioni di carattere personale.
- Bisogna ricordare che le comunicazioni radio avvengono su canali comuni per diverse associazioni e possono pertanto essere ascoltate da altri.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Capitolo 4

La valutazione

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

LA VALUTAZIONE

OBIETTIVI

- Effettuare la valutazione ambientale – Rischi evolutivi
- Effettuare la valutazione iniziale e la rivalutazione all'occorrenza

INTRODUZIONE

L'obiettivo primario del volontario SARA deve essere quello della gestione della comunicazione e relazione d'aiuto con la persona da assistere, seguito dalla gestione assistenziale e sanitaria. Per quanto concerne la gestione sanitaria, la valutazione deve rappresentare, per il volontario SARA, l'obiettivo principale. La valutazione (accurata e affidabile) della persona da trasportare e assistere è uno dei principali compiti a cui viene chiamato il volontario SARA durante lo svolgimento dei propri servizi.

La valutazione si compone di una:

- **valutazione ambientale (rischi evolutivi)**: identificare la presenza o meno di rischi evolutivi non sanitari e/o sanitari;
- **valutazione iniziale – valutazione primaria**: valutare le funzioni vitali della persona da soccorrere e/o assistere tramite la tecnica dell'ABCDE;
- **rivalutazione all'occorrenza**: le informazioni precedentemente raccolte (parametri vitali) possono mutare durante tutto il servizio; devono pertanto essere sempre tenute sotto controllo tramite una rivalutazione "al bisogno" nel caso compaiano variazioni significative dei parametri vitali.

Lo sviluppo di una tecnica di approccio sistematico, da seguire routinariamente per tutte le persone da trasportare e/o assistere, può accrescere nel volontario SARA la fiducia nelle proprie capacità, in modo che, correttamente, vengano riconosciute eventuali variazioni "significative" nell'espletamento dei servizi di accompagnamento.

Viene spontaneo porsi alcune domande:

"Questo tipo di approccio, che può apparire di tipo "urgentistico", vale solo per i servizi d'emergenza-urgenza o deve essere applicato sempre, anche durante i

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

servizi d'accompagnamento (servizi ordinari – trasporto infermi)?".

Se si pensa sia "eccessivo" applicare l'approccio sistematico sopra descritto, viene sottovalutata una situazione stabile (servizio ordinario) che può trasformarsi (anche se accade raramente) in servizio d'emergenza-urgenza viste le condizioni delle persone che normalmente necessitano di tali trasporti. Infatti, problemi derivanti da rischi evolutivi sanitari e non sottovalutati possono compromettere sia i servizi d'emergenza-urgenza che i servizi d'accompagnamento (servizi ordinari - trasporto infermi).
Inoltre i destinatari dei servizi d'accompagnamento (servizi ordinari - trasporto infermi) sono persone che necessitano di un'assistenza di tipo occasionale in rapporto a necessità contingenti al loro attuale stato di infermità e/o persone affette da un problema di salute di tipo cronico che accedono con regolarità e comunque una certa frequenza al servizio di accompagnamento a ospedali, centri diagnostici, servizi ambulatoriali ecc.

"Perché valutare le funzioni vitali di una persona che sta comunque bene e deve solamente effettuare una visita, un esame, una terapia ecc...?" .

Non dobbiamo mai dimenticare che le persone che necessitano di un'ambulanza di trasporto (servizi d'accompagnamento), nella maggior parte dei casi sono affette da un problema di salute di tipo cronico. I parametri vitali possono presentarsi alterati a causa di patologie pregresse e/o da terapie farmacologiche a cui sono sottoposti.
Bisogna pertanto rilevare i parametri vitali al momento della presa in carico, al fine di predisporre termini di raffronto nel caso di variazioni che si presentino durante il servizio (da comunicare tempestivamente alla Centrale operativa 118 se rilevanti).

La valutazione ambientale

La valutazione ambientale riguarda l'analisi iniziale dello scenario e della situazione, al fine di determinare la presenza o meno di rischi evolutivi (sanitari e non sanitari).

I rischi evolutivi

I rischi evolutivi sono situazioni di potenziale pericolo che possono presentarsi ed evolvere nel tempo.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Possono essere principalmente di due tipi:
- **rischio evolutivo non sanitario**: (determinato dello scenario).
- **rischio evolutivo sanitario**: (determinato dall'esecuzione delle metodiche di soccorso, di trasporto e dal contatto diretto con la persona da assistere).

I principali scenari con rischi evolutivi non sanitari possono essere:

Servizi d'emergenza-urgenza
• fuga di gas;
• crollo di un edificio;
• incendio in abitazione;
• incidenti stradali;
• caduta di cavi elettrici o di alta tensione;
• contatto con parti elettriche in tensione ecc.

Anche se interessano principalmente i volontari che effettuano servizi d'emergenza/urgenza, il volontario SARA può trovarsi in qualche modo coinvolto e non deve pertanto **mai sottovalutarli**.

Servizi d'accompagnamento – SARA
• scale e/o terreni accidentati;
• ostacoli lungo il percorso abitazione-ambulanza (es. piante lungo le scale);
• intemperie (es. pioggia, neve, ghiaccio che possono rendere pericoloso il tragitto).

Le principali situazioni che possono determinare rischi evolutivi sanitari posso essere:
• presenza di liquidi o materiale organico;
• trasporto della persona;
• scarsa stabilizzazione della persona alla barella (cinghie, sponde ecc.);
• oggetti e presidi non fissati adeguatamente sull'ambulanza;
• inadeguata igiene dell'ambulanza.

La valutazione ambientale - obiettivi

La valutazione del volontario SARA si basa su tre fattori (3 S):
1. SICUREZZA: Valutazione dei rischi e adeguata protezione.
2. SCENARIO: Verifica del percorso abitazione-ambulanza da utilizzare.
3. SITUAZIONE: Valutazione delle risorse disponibili.

Copia di consultazione
Copyright AMPAS Piemonte

1 - Sicurezza

Valutazione dei rischi

Durante molti servizi dobbiamo “esporre” la persona all’aperto, passando quindi da un ambiente controllato e protetto a uno non sicuro, per cui la persona può essere esposta a condizioni ambientali sfavorevoli, che possono arrecargli danno o aggravare la patologia in atto. Ancora, la curiosità degli astanti può accrescere lo stress della persona da accompagnare.
Bisogna avere coscienza dei fattori che possono crearle dei problemi e aver cura di mantenerla in condizioni di tranquillità e sicurezza. Quando si sta assistendo una persona, non bisogna mai dimenticare di salvaguardarne il pudore. Se vi è necessità di rimuovere gli indumenti, bisogna farlo con discrezione, mantenendola coperta con un lenzuolo. In queste situazioni, l’instaurazione di un rapporto di ininterrotta comunicazione verbale, con continui incoraggiamenti e rassicurazioni, porta grande beneficio.

Adeguata protezione

Le tecniche di prevenzione dal contatto con materiali organici sono misure precauzionali che riducono l’incidenza di trasmissione di malattie infettive e diffusive.
Istintivamente si tende a ritenere che esclusivamente durante i servizi d’emergenza-urgenza ci sia il rischio di contaminazione, vista la possibile presenza di sangue sullo scenario.
In realtà, oltre al sangue e alle secrezioni orali e respiratorie, altre sostanze corporee sono potenzialmente pericolose in questo senso. Tra queste vanno inclusi il vomito, l’urina, le feci, il sudore, le lacrime, i vari essudati, i fluidi vaginali, seminali, ecc. Bisogna, pertanto, proteggersi dal contatto con tutti i tipi di fluidi corporei, non solo contro il sangue e prendere le necessarie misure precau-

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

zionali durante tutti i servizi sanitari sia d'accompagnamento sia d'emergenza-urgenza.
Il volontario SARA deve porre particolare attenzione nei casi di chiamate presso luoghi quali "case di riposo" o "case di accoglienza per pazienti lungodegenti" in cui il rischio infettivo è maggiore visto il numero di persone presenti in piccoli spazi.

La decisione su quale tipo di equipaggiamento protettivo sia più opportuno usare sarà basata sulla potenzialità di esposizione, di contaminazione e di contagio. In generale, è bene essere molto drastici nell'applicare i sistemi di autoprotezione: i diversi accessori potranno poi essere rimossi qualora il rischio di esposizione si dimostrasse più basso di quello atteso.

Guanti	Dal momento che l'ambiente extra-ospedaliero è del tutto privo di controllo, il rischio di esposizione è alto. Ad esempio, si verrà sicuramente a contatto con la cute delle persone che si "accompagnano", per cui la possibilità di entrare in contatto con veicoli infettivi è sempre presente. I guanti possono ridurre il rischio di esposizione inaspettata. Perciò essi devono essere considerati misure protettive standard per ridurre tutti i tipi di contatto con le persone da accompagnare, indipendentemente dal fatto che siano evidenti o meno tracce di fluidi corporei. Bisogna anche assicurarsi che i guanti che si indossano siano di tipo corretto e della propria misura.
Mascherina chirurgica	Indossare una mascherina di tipo chirurgico protegge la propria mucosa orale e nasale dall'esposizione al sangue e agli altri fluidi corporei, specialmente le goccioline presenti nell'aria espirata, che possono essere diffuse dai colpi di tosse e dagli starnuti, oppure le secrezioni faringee o bronchiali che si stanno aspirando.
Camici	In situazioni in cui vi sia il pericolo di parassitosi, quali la scabbia, (o la copiosa presenza di fluidi corporei) sarebbe opportuno indossare un camice al fine di evitare una contaminazione degli indumenti dei soccorritori.

2 - Scenario

La valutazione dello scenario deve prevedere l'analisi e lo studio del o dei percorsi da effettuare per trasportare la persona, tenendo conto dei seguenti fattori:
• scale e/o terreni accidentati;
• ostacoli nel tragitto da percorrere;

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

• scarsa stabilizzazione della persona alla barella (cinghie, sponde ecc.);
• oggetti e presidi non fissati adeguatamente sull'ambulanza.

È buona norma portare sempre con sé, sulla scena, la propria radio portatile (se disponibile) in modo da poter chiedere aiuto, se necessario.

3 - Situazione

Risorse aggiuntive

Durante l'espletamento dei servizi d'accompagnamento per condizioni non prevedibili e preventivabili possono essere necessarie risorse aggiuntive al fine di garantire un trasporto sicuro della persona.

Immmaginiamo per esempio di dover trasportare una persona da casa sua all'ospedale per una terapia. L'associazione di volontariato viene contattata direttamente dalla persona e viene fissata la data e l'ora. I volontari SARA incaricati del servizio, una volta giunti a casa della persona a seguito della valutazione ambientale, rilevano che la persona abita al terzo piano senza ascensore; l'unica scala di accesso è molto stretta e ricca di piante ornamentali lungo il tragitto; la persona da trasportare è allettata e per problemi alla schiena non può stare seduta; il peso corporeo della persona da trasportare è superiore agli ottanta chili; vive a casa solo con la moglie settantenne; non ci sono vicini o parenti che possano aiutare i volontari; (la valutazione iniziale non evidenzia problemi).
Il problema che si presenta è effettuare un trasporto sicuro: i volontari SARA dovranno contattare la propria associazione per ottenere delle risorse aggiuntive al fine di garantire un trasporto sicuro della persona.

In situazioni particolari, nel caso le risorse presenti risultino insufficienti o inadeguate (anche con il supporto di altri volontari dell'associazione), al fine di garantire un trasporto sicuro, talvolta viene richiesto l'intervento di équipe non sanitaria quali i Vigili del Fuoco.

LA VALUTAZIONE INIZIALE

Il corretto approccio alla persona da accompagnare rappresenta il momento "chiave" per poter identificare e trattare correttamente la persona stessa in base alle sue condizioni.
È quindi importante che i volontari conoscano perfettamente le metodiche di

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

valutazione e intervento, al fine di rendere ugualmente efficaci tali manovre durante i diversi servizi a cui si viene chiamati, e in particolare i servizi d'accompagnamento (servizi ordinari, trasporto-infermi) e servizi d'emergenza-urgenza.

Attraverso la valutazione iniziale, il volontario SARA rileva i parametri vitali (al momento della presa in carico della persona) al fine di predisporre termini di raffronto nel caso di variazioni che si presentino durante il servizio.

È opportuno ricordare che il buon senso aiuta in qualunque situazione e che è fondamentale valutare prima di intervenire (agire), adattando l'intervento in base alla valutazione.

Punto cardine della valutazione sono le funzioni vitali.

Le funzioni vitali sono:
Coscienza
Respiro
Circolo

Analizziamo le corrette metodiche di valutazione e i parametri di riferimento. La loro rilevazione avviene durante la valutazione primaria e la rivalutazione (al bisogno).

N.B. In caso di assenza di una delle funzioni vitali, attivare il sistema di emergenza sanitaria 118 e attuare la sequenza del BLS (Basic Life Support – Supporto di base delle funzioni vitali).

Servizi ordinari (trasporto-infermi)

La valutazione iniziale durante i servizi d'accompagnamento (servizi ordinari, trasporto-infermi) in prima analisi applica la:

Valutazione primaria:	quale metodica per la rilevazione (e il controllo) delle funzioni vitali al fine di disporre di un parametro di raffronto in caso di cambiamenti significativi.

Nel caso di complicanze e la conseguente trasformazione del servizio da servizio ordinario (trasporto-infermi) a servizio d'emergenza-urgenza si potrà notare che l'équipe di soccorso applicherà la metodica seguente:

Copia di consultazione
Copyright AMPAS Piemonte

Valutazione primaria:	è un metodo efficace per identificare e trattare le situazioni e le lesioni che costituiscono una minaccia immediata per la sopravvivenza della persona da soccorrere.
Valutazione secondaria:	è un metodo efficace per esaminare la persona da soccorrere in modo dettagliato, identificando anche le lesioni e le situazioni che non costituiscono un'immediata minaccia per la sua vita.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

VALUTAZIONE PRIMARIA – SERVIZI ORDINARI

La valutazione primaria è una valutazione che richiede l'utilizzo simultaneo di occhi, orecchie e mani.
Sono previste cinque fasi, il cosiddetto ABCDE (per gli anglosassoni):

A (Airway) - Valutazione dello stato di coscienza / Vie Aeree
B (Breathing) - Respirazione e ventilazione

C (Circulation) - Circolazione
D (Disability) - Mini esame neurologico
E (Exposure) - Rimozione abiti e protezione dall'ipotermia

A - valutazione dello stato di coscienza

Nell'espletamento dei servizi d'accompagnamento è poco probabile trovare la persona da accompagnare inanimata. Il volontario SARA deve comunque rilevare "sempre" il livello dello stato di coscienza.

Il livello dello stato di coscienza viene determinato in base ai seguenti **parametri**:	• apertura degli occhi; • risposta motoria; • risposta verbale.

Possiamo **valutare** velocemente lo stato di coscienza attraverso:

a) **Stimolo verbale** - chiamare la persona a voce alta;
b) **Stimolo tattile** – da utilizzare solo se apparentemente inanimato e non risponde agli stimoli verbali - (scuotere la persona delicatamente afferrandola a una spalla – evitare movimenti bruschi). Attivare il **Sistema di emergenza sanitaria 118**.

La risposta alla stimolazione può essere coerente oppure incoordinata e incomprensibile. In base ai parametri di valutazione possiamo classificare il livello dello stato di coscienza di una persona in:

Cosciente	• apre gli occhi spontaneamente; • esegue ordini semplici (muove gli arti a richiesta); • sostiene una conversazione coerente e sensata.
Confuso	• apre gli occhi solo a comando; • non esegue ordini semplici oppure esegue movimenti non coerenti all'ordine impartito; • non sostiene una conversazione coerente e sensata.
Non cosciente	• non apre gli occhi; • non esegue ordini semplici; • non risponde verbalmente.

Non dimentichiamo mai che le persone che richiedono dei servizi d'accompagnamento (servizi ordinari, trasporto-infermi) possono essere affette da:
• problemi di salute;
• deficit uditivi e/o visivi.

Queste patologie possono alterare il livello di coscienza. È pertanto opportuno verificare qual è l'abituale livello di coscienza e la possibile presenza di deficit uditivi e/o visivi chiedendo informazioni ai familiari e/o accompagnatori.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

N.B. **In caso di persona incosciente continuare con la sequenza del BLS (Basic Life Support – Supporto di base delle funzioni vitali) e attivare il sistema di emergenza sanitariac118.**

A - vie aeree

Se la persona è cosciente, le vie aeree sicuramente saranno libere. Solo in caso di persona incosciente il volontario SARA dovrà attuare le metodiche previste per il mantenimento della pervietà delle vie aeree, trattato in specifico nel Capitolo 5 - Il Supporto di base delle funzioni vitali – adulto (BLS).

B - respirazione e ventilazione

Dopo aver valutato la coscienza e le vie aeree, bisogna valutare la qualità e la capacità respiratoria della persona e cioè come respira. Dobbiamo pertanto analizzare la funzione respiratoria, riconoscendone le alterazioni e monitorandone i parametri.

I parametri di valutazione della funzione respiratoria sono:
- frequenza del respiro;
- colorito cutaneo;
- rumori.

In base ai parametri di valutazione possiamo classificare la funzione respiratoria di una persona adulta da accompagnare in:

Frequenza	NORMALE: compresa tra 12 e 20 atti/minuto RALLENTATA: inferiore a 10 atti/minuto FREQUENTE: superiore a 24 atti/minuto
Colorito cutaneo	SUFFICIENTE: se cute rosea INSUFFICIENTE: se cute cianotica

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Rumori	NORMALE: se silenziosa SIBILANTE: sibili, fischi GORGOGLIANTE: gorgoglio, borbottio

Una frequenza respiratoria adeguata, nel paziente non traumatico, deve essere compresa tra 12 e 20 atti al minuto.

Il volontario SARA, una volta valutata la funzione respiratoria, dovrà:

VALUTAZIONE		**AZIONE**
< 10	Troppo lenta (ipoventilazione o bradipnea)	- Allertare il sistema di emergenza sanitaria 118 (chiedere intervento) - Somministrare ossigeno - Prepararsi a dover supportare la ventilazione (vedi BLS)
8 - 24	Normale	- Osservare
24 - 30	Aumentata (iperventilazione o tachipnea); può essere un meccanismo di compenso allo shock	- Allertare il sistema di emergenza sanitaria 118 (comunicare situazione) - Somministrare ossigeno
> 30	Può essere dovuta a ipossia o ipoperfusione	- Allertare il sistema di emergenza sanitaria 118 (chiede intervento) - Somministrare ossigeno - Prepararsi a dover supportare la ventilazione (vedi BLS)

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Attenzione a frequenze respiratorie superiori a 30 atti/minuto e inferiori a 8 atti/minuto. Soprattutto in caso di frequenza troppo lenta (FR <8 atti/minuto), si ha un indice di compromissione grave delle funzioni vitali con declino delle stesse.
Ogni qual volta sia necessario assistere la ventilazione, bisogna contemporaneamente somministrare ossigeno raccordandolo al pallone autoespandibile (Ambu).

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

C - circolazione

La "corretta" prosecuzione della valutazione primaria prevede la rilevazione della circolazione.

Dobbiamo a questo punto fare alcune considerazioni:

- Indubbiamente nei servizi d'accompagnamento (servizi ordinari, trasporto-infermi) il volontario SARA non può palpare il polso radiale o carotideo a tutte le persone che accompagna solo per seguire lo schema di valutazione e senza che vi sia una effettiva necessità.

- Non facendolo, però, come può disporre di un parametro di raffronto in caso di cambiamenti significativi?

Quando il volontario SARA deve valutare la circolazione?

In tutte le situazioni in cui a seguito della valutazione dello stato di coscienza e/o della respirazione si siano rilevati parametri difformi dalla normalità.

È opportuno ricordare che il buon senso aiuta in qualunque situazione.

Valutazione della circolazione

La funzione cardiaca si determina palpando i polsi arteriosi e in specifico viene rilevata l'onda di pressione generata dal cuore che si propaga lungo le pareti dei vasi.
I principali polsi arteriosi sono:

Polsi centrali: carotideo, femorale,
Polsi periferici: radiale, pedidio.

Bisogna per prima cosa eseguire la manovra di rilevamento e palpazione del polso radiale:

a) posizionare l'indice e il medio della mano sull'articolazione del polso della persona;
b) spostare le dita verso la parte laterale (ossia verso il pollice) della persona;
c) applicare una modesta pressione fino a localizzare le pulsazioni;
d) contare le pulsazioni per 15 secondi e moltiplicarle per 4 al fine di ottenere il numero di battiti al minuto.

In caso di assenza del polso radiale e/o se dopo 10 secondi non si avverte nessun battito valutare immediatamente il polso carotideo e i segni di circolo secondo lo schema MO-TO-RE ovvero ricercando:

• Movimenti
• Tosse

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

• Respiro.

Se anche il polso carotideo e questi segni di circolo sono assenti si dovrà procedere secondo lo schema del BLS.

La valutazione del polso radiale ci fornisce velocemente un valido quadro dei parametri pressori della persona da soccorrere e/o assistere.
Sapendo che al di sotto di 80 mmHg di pressione sistolica (pressione massima) i polsi periferici non sono più percettibili, possiamo renderci conto rapidamente del livello di pressione sistolica senza dover ricorrere allo sfigmomanometro.
Non dimentichiamo che la mancanza del polso radiale indica una compromissione della funzione circolatoria, bisogna pertanto immediatamente mettersi in contatto con la Centrale operativa 118, comunicare i parametri raccolti e seguire le indicazioni fornite.
In una persona adulta, i parametri fisiologici che vengono considerati nella norma sono:

FREQUENZA CARDIACA	60/90
PRESSIONE SISTOLICA	90/140
PRESSIONE DIASTOLICA	60/90

I parametri di valutazione della funzione cardiaca sono:
a) **Frequenza**;
b) **Ritmicità**.

Il volontario SARA non dovrà soffermarsi alla valutazione della presenza o dell'assenza del polso, ma dovrà stimare la frequenza e ritmicità approssimativa classificandola come:

Frequenza	POLSO NORMALE (compresa tra 60 e 90 battiti/minuto). POLSO BRADICARDICO (inferiore a 60 battiti/minuto). POLSO TACHICARDICO (superiore a 90 battiti/minuto).

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Ritmicità	POLSO RITMICO (tra i battiti vi è lo stesso intervallo di tempo). POLSO ARITMICO (tra i battiti non vi è lo stesso intervallo di tempo).

Il volontario SARA deve prestare attenzione a una frequenza cardiaca elevata (> 140/min.), così come a una frequenza cardiaca ridotta <60/min.): se presente deve immediatamente allertare il sistema di emergenza sanitaria 118.
Valutando la frequenza cardiaca il volontario SARA viene a contatto con la cute del paziente (indossare sempre i guanti), potendola così esaminare; bisognerà osservare: il colore, la temperatura e l'idratazione.
Anche questi fattori sono molto importanti in quanto ci possono fornire informazioni utili al fine di sospettare o meno una compromissione della perfusione e della circolazione.

D - funzione cerebrale (deficit)

La valutazione della funzione cerebrale è stata effettuata valutando lo stato di coscienza e in specifico il livello dello stato di coscienza.
A questo punto il volontario SARA, in base ai risultati ottenuti dalla valutazione dello stato di coscienza, classifica la funzione cerebrale in base all'AVPU.
L'acronimo AVPU, che sta per:

A	Awake	= persona vigile
V	Vocal	= risponde agli stimoli verbali
P	Pain	= risponde agli stimoli dolorosi
U	Unresponsive	= assenza di risposta

Esempio: se vi dicono che c'è una persona V dell'AVPU, voi capite che risponde agli stimoli verbali se la chiamate, ma che normalmente non è vigile.

In presenza di una persona ansiosa, agitata, non collaborante, il volontario SARA deve sospettare principalmente uno stato ipossico (con scarso ossigeno circolante e quindi al cervello). Deve pertanto somministrare ossigeno ad alti flussi e allertare il sistema di emergenza sanitaria 118.
È importante conoscere qual è lo stato di coscienza abituale della persona per non incorrere in errate valutazioni.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Un diminuito livello di coscienza (se non abitualmente presente a causa di patologia medica pregressa) dovrebbe allertare il volontario SARA per quattro possibilità:
- diminuita ossigenazione cerebrale (dovuta a ipossia e/o ipoperfusione);
- lesione del sistema nervoso centrale;
- disturbo metabolico (diabete, crisi epilettica, arresto cardiaco);
- overdose di droga o alcool (mai imputare alterazioni dello stato neurologico al presunto abuso di alcool o droghe. Supporre sempre l'esistenza di un'ipossia cerebrale - riduzione di apporto di ossigeno).

E - rimozione abiti e protezione dall'ipotermia

Il trasporto avviene da un ambiente controllato e protetto, passando poi all'esterno (rischi atmosferici) per ritornare in un'area protetta. L'organismo della persona, a causa della sua patologia, non riesce più a controllare correttamente la temperatura corporea.
Anche se per il volontario SARA la temperatura esterna può sembrare "sufficiente" verifichiamo sempre che la persona da assistere sia a suo agio il più possibile e non soffra il freddo. L'unico parametro corretto che il volontario SARA può utilizzare per poter determinare se la temperatura esterna è "idonea" è la persona stessa.

Segni vitali

La qualità del polso e della frequenza respiratoria e gli altri elementi della valutazione primaria devono essere rivalutati "al bisogno", perché possono verificarsi significativi cambiamenti.
I valori esatti di coscienza, pervietà vie aeree, frequenza respiratoria, frequenza cardiaca, deficit neurologico devono essere acquisiti al momento della presa in carico della persona in modo da ottenere i valori di riferimento iniziali da poter verificare durante il trasporto, potendo così apprezzare eventuali cambiamenti.

Copia di consultazione
copyright ANPAS Piemonte

Trasporto

Il trasporto deve sempre essere effettuato in sicurezza, sia per la persona da trasportare che per la squadra che gestisce l'intervento.
Il trasporto inizia da casa fino alla sua destinazione; si deve pertanto effettuare una corretta valutazione ambientale (scale e/o terreni accidentati, ostacoli nel tragitto da percorrere, scarsa stabilizzazione della persona alla barella - cinghie, sponde ecc., oggetti e presidi non fissati adeguatamente sull'ambulanza, inadeguata igiene dell'ambulanza).

Durante il tragitto verso l'ospedale dovrebbe essere eseguita sia una valutazione delle funzioni vitali sia un supporto psicologico adeguato al tipo di servizio.

Monitoraggio e rivalutazione "al bisogno"

Continuare a monitorare la persona lungo il tragitto deve significare per il volontario SARA:

- ricontrollare i segni vitali e ripetere la valutazione primaria ogni qual volta si sospettino cambiamenti significativi (attivare il sistema di emergenza sanitaria 118);
- effettuare il supporto psicologico adeguato al tipo di servizio e della persona da accompagnare.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Bisogna controllare ogni cambiamento nelle condizioni della persona da accompagnare: può essere necessario variare il trattamento e/o la strategia d'approccio se le condizioni della persona stessa cambiano.
Spesso la condizione della persona è ovvia e molte delle informazioni si ottengono guardando e ascoltando la persona stessa.
Non è importante il come si ottengono le informazioni, è invece di basilare importanza essere sicuri che siano state effettivamente raccolte tutte le informazioni necessarie.

La comunicazione

Associazione
La comunicazione con la propria associazione, in base ai protocolli stabiliti, deve essere sempre mantenuta.
È importate comunicare le varie fasi del servizio (arrivo a casa della persona, arrivo alla struttura ospedaliera, termine del servizio ecc.).
L'Associazione:
- può aver bisogno dell'ambulanza per un altro servizio;
- la vostra équipe può essere necessaria quale supporto di altri volontari;
- in caso di guasti o avarie l'Associazione saprà la vostra posizione approssimativa in base alle vostre comunicazioni.

Comunicare vuol anche dire maggiore sicurezza per il trasporto della persona da accompagnare.

Centrale operativa 118
In caso di problemi durante il servizio bisogna contattare subito il NUE.
Le informazioni trasmesse sulle condizioni della persona da soccorrere, sul modo in cui è stata trattata, permettono alla CO118 di inviare il mezzo di soccorso verso l'ospedale più idoneo, allertare la struttura sanitaria scelta, inviare in supporto al mezzo di soccorso di base altri mezzi sanitari e non e dare eventuali indicazioni sul trattamento più idoneo.
Ugualmente importante in questi casi è annotare, in caso di problemi, i parametri vitali sul foglio di servizio, al fine di dare allo staff dell'ospedale un accurato quadro degli eventi accaduti e delle condizioni della persona in difficoltà.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Capitolo 5

Il supporto di base delle funzioni vitali – adulto (BLS)

Copia di consultazione
Copyright AVIS Piemonte

IL SUPPORTO DI BASE DELLE FUNZIONI VITALI – ADULTO (BLS)

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

INTRODUZIONE

L'arresto cardiaco improvviso è una delle principali cause di morte in Europa in cui si stima che ogni anno vengono colpiti tra i 350.000 e 700.000 individui, mentre in Italia si segnalano numeri compresi tra 50.000 e 70.000 casi. La morte inattesa è un evento drammatico che in alcuni casi può essere prevenuto trattando ad esempio i fattori di rischio per l'infarto. Tuttavia non sempre questo è possibile e quindi risulta importante conoscere e applicare la catena della sopravvivenza nei casi in cui siamo chiamati a soccorrere una persona priva di coscienza e che non respira.
L'obiettivo è quello di favorire la sopravvivenza senza danni permanenti e irreversibili al cervello.

MORTE CARDIACA IMPROVVISA E DOLORE TORACICO

Per morte cardiaca improvvisa (MCI) si intende il decesso che avviene per cause cardiache, con improvvisa perdita di coscienza, entro un'ora dall'insorgenza della sintomatologia. Le cause sono diverse e vanno dalla malattia coronarica, alle alterazioni congenite del sistema elettrico di conduzione del cuore o ancora a disturbi legati agli elettroliti presenti nelle cellule cardiache (es. potassio, sodio, calcio). Può avvenire anche senza segni premonitori.

Il dolore toracico rappresenta spesso il primo sintomo avvertito dalla persona che andrà incontro a un arresto cardiaco improvviso. Il suo riconoscimento risulta essere importante poiché la probabilità di arresto cardiaco da infarto miocardico è compresa tra il 21% e il 33% nella prima ora successiva all'inizio dei sintomi.

I segni e i sintomi principali sono:
- dolore al centro del torace, alla mandibola, al giugulo o all'epigastrio;
- irradiazione del dolore alle spalle, alle braccia o al dorso;
- può essere accompagnato da sudorazione, senso di svenimento, difficoltà respiratoria, nausea e senso di morte imminente spesso riportato dal paziente stesso;
- il dolore può insorgere sia a riposo che sotto sforzo.

Una percentuale variabile tra il 59% e il 65% dei casi, quando il ritmo viene registrato precocemente dopo l'arresto cardiaco (ad esempio con un defibrillatore semiautomatico esterno - DAE), risulta essere di tipo defibrillabile e quindi potrebbe risolversi con l'esecuzione precoce delle compressioni toraciche esterne insieme all'utilizzo del DAE.

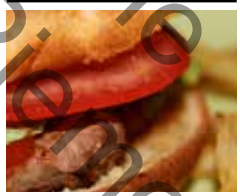
I ritmi defribillabili dell'arresto cardiaco sono:
- fibrillazione ventricolare;
- tachicardia ventricolare senza polso.

Sarà cura del DAE riconoscerli, segnalarli come tali e suggerirvi di agire con l'ausilio del DAE.

La considerazione importante da fare è che i ritmi defibrillabili rappresentano una percentuale importante, addirittura maggioritaria rispetto a quelli non defibrillabili. Da qui l'importanza dell'utilizzo precoce di un DAE.

FATTORI DI RISCHIO

Una considerazione importante è la valutazione dei fattori di rischio, al fine di prevenirli dopo aver valutato le condizioni e le abitudini della persona e di riconoscerli come campanello di allarme.



- Fumo;
- sesso maschile;
- errata alimentazione;
- ipertensione;
- obesita';
- diabete;
- ipercolesterolemia;
- stress;
- mancanza di esercizio fisico.

OBIETTIVO DEL BLS: BASIC LIFE SUPPORT

L'obiettivo primario del BLS è di mantenere un'attività cardiorespiratoria sufficiente a rallentare il processo di deterioramento delle cellule cerebrali in attesa di un intervento avanzato appropriato e definitivo che possa ripristinare l'attività cardiaca e respiratoria spontanea. È importante non confondere il BLS con la sola rianimazione cardiopolmonare (RCP). Il BLS comprende:
- la prevenzione dell'arresto cardiaco;
- il riconoscimento precoce dell'arresto respiratorio e/o cardiaco;

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

- il tempestivo ed efficace allarme;
- il supporto del respiro e del circolo (RCP) e se necessario la defibrillazione precoce;
- il riconoscimento e il trattamento dell'ostruzione delle vie aeree da corpo estraneo.

LA CATENA DELLA SOPRAVVIVENZA

La metafora della catena della sopravvivenza riassume i passaggi fondamentali del BLS. Si applica alle vittime in arresto cardiaco di qualunque origine.
Nel caso in cui una delle fasi del soccorso è mancante o viene messa in atto in ritardo, l'obiettivo sarà difficilmente raggiungibile e le possibilità di sopravvivenza saranno limitate.
Gli anelli della catena sono:

1 2 3 4 5

1. riconoscimento precoce dell'arresto cardiaco e attivazione immediata del sistema di emergenza;
2. inizio precoce della rianimazione cardiopolmonare;
3. defibrillazione precoce;
4. trattamento avanzato;
5. trattamento post rianimatorio.

Il precoce riconoscimento dell'arresto cardiaco, il Basic Life Support (BLS) e la defibrillazione rappresentano i primi tre anelli della catena della sopravvivenza. Con l'acronimo BLS si intende una serie di manovre da mettere in atto di fronte a una persona che:
- ha perso coscienza;
- ha difficoltà respiratorie o è in arresto respiratorio;
- è in arresto cardiaco.

Le manovre di BLS, se correttamente eseguite, permettono di assicurare un flusso di sangue e di ossigeno ai due organi principali: cuore e cervello. L'organo che più risente della carenza di ossigeno è il cervello che in assenza di manovre rianimatorie precoci, andrà incontro a danno anossico cerebrale che sarà reversibile nei primi 4-6 minuti, ma diventerà irreversibile dopo circa 10

Copia in consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

minuti di assenza di circolo.
L'attivazione precoce del sistema di allarme e l'inizio precoce delle manovre rianimatorie da parte degli astanti presenti sulla scena possono aumentare la sopravvivenza del paziente senza che ne conseguano danni al cervello.

SICUREZZA DELLA SCENA

L'approccio all'infortunato deve essere sempre preceduto da un'attenta valutazione della scena e degli eventuali rischi a essa collegati, per poter agire in totale sicurezza. Utilizzare sistemi di barriera se disponibili (guanti, scudo facciale, pocket mask).
Nel caso in cui i rischi ambientali/evolutivi non permettano di intervenire sulla persona è necessario attendere la messa in sicurezza dello scenario da parte degli enti preposti (Vigili del Fuoco / Forze dell'Ordine).

SEQUENZA BLS NEL PAZIENTE ADULTO

Nella sequenza BLS vengono eseguite alternativamente valutazioni e azioni: un'attenta valutazione risulta fondamentale al fine di eseguire un'azione corretta.

VALUTAZIONE DELLO STATO DI COSCIENZA

Per valutare lo stato di coscienza occorre chiamare la persona a voce alta e scuoterla delicatamente dalle spalle. Durante la valutazione dello stato di coscienza osserva anche il torace alla ricerca di respiro assente o non normale. Per respiro non normale si intende un respiro boccheggiante, occasionale o simile al singhiozzo: queste caratteristiche portano a considerare il respiro come non efficace (GASPING).

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

SE LA PERSONA RISPONDE

- Lasciala nella posizione in cui si trova (se questa non comporta rischi);
- chiedi aiuto e attiva il Sistema di Emergenza Sanitaria (118); - rispondi alle domande dell'operatore del 118.

SE LA PERSONA NON RISPONDE MA RESPIRA

- Chiedi aiuto e attiva il Sistema di Emergenza Sanitaria (118);
- rispondi alle domande dell'operatore del 118;
- allenta gli indumenti costrittivi (cravatte, cinture, busti ecc.);
- controlla periodicamente il respiro;
- posiziona la persona in Posizione Laterale di Sicurezza (PLS) se non sono presenti segni e sintomi suggestivi di trauma;
- attendi l'arrivo dei mezzi di soccorso.

TECNICA: POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA

Fase 1

- Inginocchiati accanto alla persona;
- rimuovi gli occhiali del paziente se presenti;
- allinea gli arti;
- sposta il braccio del paziente più vicino all'operatore verso l'esterno fino all'altezza della spalla e a questo punto piega l'articolazione del gomito ad angolo retto (90° gradi) con il palmo della mano rivolto verso l'alto e il dorso a contatto con il suolo.

Fase 2

- Posiziona l'altro braccio sul torace del paziente facendo in modo che il dorso della mano poggi contro la guancia più vicina all'operatore.

Fase 3

- Con l'altra mano afferra la coscia del paziente subito sopra il ginocchio e sollevala lasciando che il piede rimanga a contatto con il terreno;
- posiziona l'altra mano sulla spalla della vittima e ruota verso di te il corpo del paziente fino a porlo su di un fianco.

Fase 4

- Posiziona la gamba superiore in modo che il ginocchio sia piegato ad angolo retto e il piede della gamba piegata sia ancorato dietro al gi-

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

nocchio della gamba distesa;
- iperestendi il capo in modo da garantire la pervietà delle vie aeree;
- sistema la mano del paziente sotto la guancia.

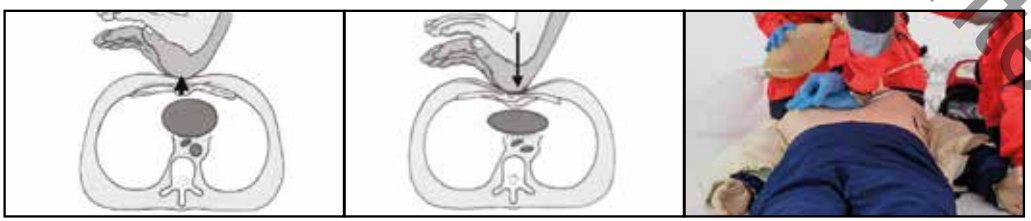
SE LA PERSONA NON RISPONDE E NON RESPIRA

- Chiedi aiuto, attiva il Sistema di Emergenza Sanitaria (118);
- rispondi alle domande dell'operatore 118 e segui le istruzioni;
- posiziona la persona supina su un piano rigido;
- inginocchiati a lato della vittima;
- scopri il torace della vittima.

Inizia immediatamente le compressioni toraciche esterne CTE.

C - COMPRESSIONI TORACICHE ESTERNE

- Inginocchiati accanto alla persona con le ginocchia leggermente divaricate all'altezza delle sue spalle;
- posiziona il palmo di una mano al centro del torace della vittima;
- appoggia il palmo della seconda mano sopra la prima e intreccia le dita della mano sottostante per mantenerle sollevate in modo che non comprimano le coste.
- posizionati verticalmente sul torace della vittima e comprimi sullo sterno facendolo abbassare verso la colonna di almeno 5 cm e non più di 6 cm;
- dopo ogni compressione rilascia completamente lo sterno senza perderne il contatto con le mani;
- comprimi ritmicamente il torace a una frequenza di almeno 100 compressioni/minuto e non più di 120;
- mantieni lo stesso tempo di compressione e rilasciamento;
- mantieni le braccia tese sfruttando il peso del tronco;
- conta ad alta voce le compressioni toraciche.



Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

A - APERTURA DELLE VIE AEREE

Per consentire il passaggio dell'aria durante le manovre di RCP, è indispensabile che le vie aeree siano pervie. Queste possono essere ostruite da corpo estraneo e/o dalla caduta della base della lingua.
In quest'ultimo caso la perdita di coscienza determina un rilasciamento muscolare a seguito del quale la mandibola cade all'indietro e la lingua, aderendo al palato molle, ostruisce le prime vie aeree.
Per ripristinare e mantenere pervie le vie aeree occorre attuare le seguenti manovre:

Iperestensione del capo

- Posiziona una mano sulla fronte e due dita (indice e medio) dell'altra mano sotto il mento della vittima ed estendi delicatamente la testa all'indietro.

Rapido controllo della cavità orale e rimozione di corpi estranei visibili

Eventuali corpi estranei visibili presenti all'interno della cavità orale dovranno essere rimossi.
Se nel cavo orale si rileva la presenza di secrezioni, rigurgito o vomito, in mancanza di aspiratore di secreti, è possibile ruotare delicatamente il capo di lato per favorire la fuoriuscita di questi (aiutandosi con una garza). Evitate questa manovra in caso di trauma.

MEZZO AGGIUNTIVO: CANNULA ORO-FARINGEA

La cannula oro-faringea (denominata anche cannula di Guedel, o cannula di Majo) può facilitare notevolmente il mantenimento della pervietà delle vie aeree. Inserita tra la lingua e il palato sostiene la base della lingua permettendo il passaggio del flusso aereo spontaneo o artificiale nel proprio lume. È necessario però che la misura sia adatta. Se infatti la cannula è troppo piccola non sostiene la base della lingua, se, al contrario, è troppo lunga può spingere l'epiglottide verso l'aditus laringeo ostruendo le vie aeree.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Si utilizza ogni volta che ci si trova di fronte a persone in stato di incoscienza, sia in respiro spontaneo sia in corso di ventilazione artificiale.

I principali scopi dell'utilizzo della cannula oro-faringea sono:
• impedire la caduta della base della lingua;
• garantire una via sicura per il transito dell'aria, dal momento che le cannule nel loro interno sono cave.

POSIZIONAMENTO DELLA CANNULA ORO-FARINGEA

Per posizionare la cannula oro-faringea:
a) ripristinare la pervietà delle vie aeree (iperestensione del capo, sublussazione della mandibola ecc..);
b) aprire la bocca della persona con pollice e indice di una mano;
c) inserire la cannula della giusta misura con la concavità rivolta verso il palato della persona; le dimensioni della cannula possono essere stimate prendendo la distanza tra il lobo dell'orecchio e l'angolo della bocca;
d) eseguire una rotazione di 180° spingendo delicatamente verso il basso, fino al completo posizionamento.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

B - USO DEL PALLONE AUTOESPANDIBILE

Si effettua utilizzando un sistema costituito da un pallone autoespansibile, una valvola unidirezionale, una maschera e, non appena possibile, ossigeno. La valvola unidirezionale permette all'aria espirata di non rientrare nel pallone e quindi di non essere re-inspirata.

Le fasi della tecnica di ventilazione con il pallone autoespandibile sono:

- posizionarsi dietro la testa della persona;
- mantenere pervie le vie aeree;
- posizionare una maschera adeguata sul volto della persona;
- impugnare la maschera con il pollice e l'indice configurato a "C" attorno al raccordo della maschera;
- mantenere l'iperestensione del capo uncinando la mandibola con le altre dita configurate ad "E";
- garantire buona aderenza tra la maschera e il volto, evitando fughe d'aria;
- comprimere, in modo lento e progressivo, con l'altra mano il pallone per metà e per una durata di un secondo;
- rilasciare il pallone, consentendone il riempimento e l'espirazione passiva della persona;
- osservare sempre l'escursione toracica.

Ripetere la sequenza due volte.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Gli errori più comuni che si possono verificare nella tecnica di ventilazione con il pallone autoespandibile e che pertanto possono compromettere l'efficacia della ventilazione stessa, sono:

- maschera di dimensioni non adeguate;
- scarsa aderenza tra maschera e volto, con aria che sfiata;
- compressione insufficiente del pallone, meno della metà;
- perdita dell'iperestensione del capo e/o della pervietà delle vie aeree;
- compressione violenta del pallone, con conseguente distensione gastrica e pericolo di vomito.

APPENA POSSIBILE RACCORDARSI CON UN IMPIANTO DI EROGAZIONE DI OSSIGENO

Tecnica della respirazione bocca-bocca (face shield)

- Posiziona lo scudo facciale (face shield) sul volto della vittima;
- mantieni esteso il capo della persona tenendo una mano sulla fronte e sollevando il mento con due dita dell'altra mano;

- stringi il naso della vittima col pollice e l'indice della mano posizionata sulla fronte;
- dopo una normale inspirazione posiziona la bocca bene aperta sulla bocca della persona;
- "soffia" in modo lento e progressivo nelle vie aeree della persona per circa 1 secondo;
- osserva, durante l'insufflazione, il sollevamento del torace;
- dopo l'insufflazione stacca la tua bocca da quella della vittima per consentirne l'espirazione;
- osserva il ritorno del torace in posizione di riposo.

Tecnica della respirazione bocca-pocket mask

- Appoggia la maschera centralmente sul viso della persona;
- con il pollice e l'indice di entrambe le mani configurati a "C", assicura l'aderenza della maschera al viso della persona e iperestendi la testa;
- dopo una normale inspirazione, posiziona la bocca sul boccaglio della maschera;

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

- soffia in modo lento e progressivo nel boccaglio in modo da gonfiare i polmoni: ogni ventilazione deve durare 1 secondo;
- osserva durante l'insufflazione il sollevamento del torace;
- stacca la bocca dal boccaglio e sollevati dopo l'insufflazione per consentire l'espirazione passiva;
- osserva il ritorno del torace in posizione di riposo durante l'espirazione.

Proseguire con la sequenza 30:2 fino all'arrivo del 118.

SOSPENSIONE DELLE MANOVRE RIANIMATORIE

Le manovre rianimatorie, una volta intraprese, possono essere sospese unicamente in presenza di una delle seguenti situazioni:

1. affidamento della persona soccorsa alle cure di un'équipe del 118;
2. la persona si muove o tossisce (posizione laterale di sicurezza);

Concentrazione di ossigeno fornita dalle varie tecniche e presidi di soccorso :

Tipo di apparecchiatura	Concentrazione dell'ossigeno
Senza ossigeno supplementare	
Bocca a bocca	16%
Bocca-maschera	16%
Ambu-maschera	21%
Con ossigeno supplementare	
Bocca-maschera	50%
Pallone Ambu senza reservoir	40%-60%
Pallone Ambu con reservoir	90%-100%

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

BLS PRATICATO DA DUE SOCCORRITORI

La sequenza del BLS viene attuata da due soccorritori in modo più efficace e meno faticoso. Si dovranno seguire questi passaggi:

a) Il primo soccorritore eseguirà le funzioni del "leader iniziale": è lui che, posizionatosi al lato della persona, effettua tutte la valutazione dello stato di coscienza e dei segni di circolo.

b) Il secondo soccorritore allerta il sistema di emergenza 118 appena il collega si è accertato dell'assenza delle funzioni vitali, poi aiuta nel posizionamento della persona a terra su un piano rigido, prepara la cannula di guedel, Il pallone auto-espandibile collegandolo all'ossigeno

c) Il primo soccorritore, inizia al MCE contando ad alta voce,

d) Al termine delle 30 compressioni iperestende il capo, verifica la pervietà delle vie aeree e da il via al secondo soccorritore che effettuerà le due insufflazioni

e) Si alternano 30 compressioni e 2 insufflazioni.

SCAMBIO TRA I SOCCORRITORI

Cambiare il ruolo di colui che massaggia ogni 5 cicli di RCP. Il cambio deve essere eseguito in meno di 5". Il cambio avviene durante i 4" delle ventilazioni.

N.B. Nello spostamento, i soccorritori non devono mai incrociarsi, ma ruotare attorno alla persona.

SITUAZIONI PARTICOLARI

B. TRAUMA

La sequenza CAB del BLS non è diversa in caso di evento traumatico, ma nel mantenimento della pervietà delle vie aeree si deve porre particolare attenzio-

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

ne alla possibilità di lesioni a livello della colonna cervicale.
Bisogna pertanto:
- evitare movimenti bruschi in tutte le fasi del BLS;
- instaurare la pervietà delle vie aeree con la tecnica del trauma jaw thrust; (sublussazione/dislocamento della mandibola) se tale manovra non assicura l'apertura delle vie aeree procedere con l'IPERESTENSIONE del capo.
- mantenere in asse il collo e la testa;
- se disponibile, posizionare il collare cervicale;
- non utilizzare mai la Posizione Laterale di Sicurezza (PLS).

C. ANNEGAMENTO

La sequenza CAB del BLS non è diversa in caso di annegamento, bisogna però porre l'attenzione su alcuni aspetti:
- sicurezza del soccorritore in caso di intervento in acqua;
- il BLS deve essere eseguito su di un piano rigido, mai in acqua;
- le manovre di Heimlich non sono utili per estrarre liquido dalle vie aeree (sono indicate solo se si sospetta l'ostruzione da materiale solido);
- valutare la possibilità di trauma alla colonna cervicale.

D. FOLGORAZIONE

L'esposizione a scariche elettriche può provocare un arresto cardiaco immediato (ad esempio per fibrillazione ventricolare) o un'apnea (per inibizione dei centri respiratori, contrazione dei muscoli respiratori o paralisi muscolare prolungata). Le procedure del BLS sono indicate in tutte le condizioni descritte, una volta che il soccorritore ha provveduto a salvaguardare la sicurezza, propria e della squadra in cui opera.

OSTRUZIONE DELLE VIE AEREE DA CORPO ESTRANEO

Un corpo estraneo può provocare una ostruzione parziale o totale delle vie aeree.
Occorre sempre sospettare l'ostruzione da corpo estraneo in una vittima che:
- manifesta difficoltà o impossibilità a respirare, parlare o tossire;
- si porta le mani al collo (segno universale di soffocamento);
- presenta colorito bluastro della cute (cianosi);
- presenta agitazione psicomotoria fino alla perdita di coscienza.
-

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

VALUTAZIONE

Anche in questo caso ogni azione dovrà essere preceduta da un'attenta valutazione.
Si distinguono due tipi di ostruzione in base ai segni e sintomi.

Ostruzione moderata:
- la persona riesce a parlare;
- tossisce e respira.

Ostruzione grave:
- la persona è incapace di parlare;
- non riesce a respirare o respira affannosamente;
- prova a tossire senza emettere nessun suono;
- è priva di coscienza.

TRATTAMENTO

Ostruzione moderata:
- incoraggiare la vittima a tossire in modo continuo;
- non interferire nei tentativi spontanei di espulsione di corpo estraneo.

Se l'ostruzione non si risolve allertare il Sistema di Emergenza Sanitaria 118.

Ostruzione grave in paziente ancora cosciente:
- allertare il Sistema di Emergenza Sanitaria 118;
- eseguire fino a 5 pacche dorsali;
  - rimuovere qualsiasi corpo estraneo visibile dalla bocca;
  - posizionarsi al fianco, dietro la vittima;
  - sorreggere il torace della persona con una mano inclinandolo un po' in avanti;
  - effettuare 5 colpi rapidi e decisi tra le scapole utilizzando l'eminenza palmare dell'altra mano.

Se questo non ha risolto la situazione eseguire fino a 5 compressioni addominali (manovra di Heimlich):
- posizionarsi alle spalle della persona da soccorrere;
- circondare con entrambe le braccia l'addome della persona;
- assicurarsi che la persona sia piegata in avanti;
- disporre una mano stretta a pugno tra l'ombelico e

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

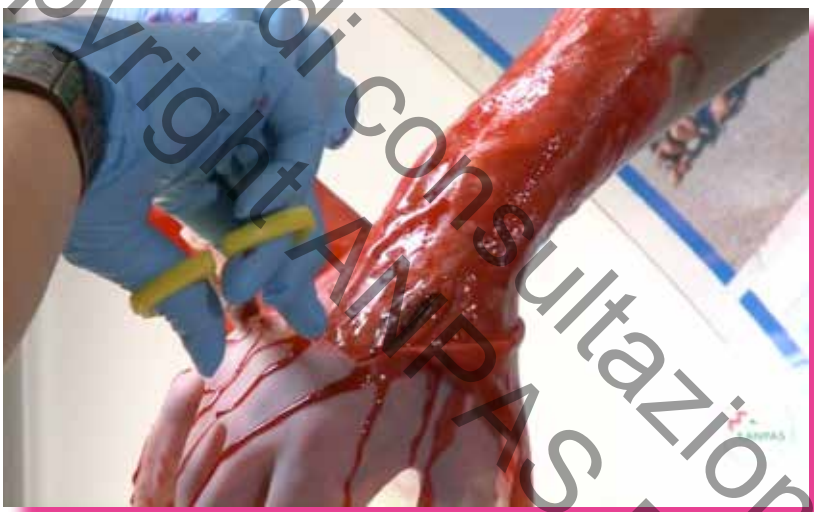
l'estremità inferiore dello sterno;
- afferrare la mano stretta a pugno con l'altra mano;
- comprimere l'addome verso di voi e verso l'alto;
- ripetere fino a 5 volte se necessario.

Proseguire alternando 5 pacche dorsali e 5 compressioni addominali fino alla risoluzione del problema o fino a quando la persona non perde coscienza.

Se la situazione non si risolve e la persona perde coscienza:
- mettere la vittima in posizione supina;
- iniziare la RCP con le compressioni toraciche: ogni volta che si aprono le vie aeree per eseguire le ventilazioni, la bocca della vittima dovrebbe essere rapidamente esaminata per valutare l'eventuale presenza di un corpo estraneo parzialmente espulso.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Le emorragie



Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

LE EMORRAGIE

OBIETTIVI

- Identificare e classificare i diversi tipi di emorragia, in base a segni e sintomi.
- Prestare l'assistenza di primo soccorso a una persona che presenti una emorragia esterna, interna o interna-endocavitaria.
- Prevenire e riconoscere le complicanze che possono sopravvenire in seguito a una emorragia.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

INTRODUZIONE
DEFINIZIONE DI EMORRAGIA

Per emorragia si intende la fuoriuscita di sangue da un vaso, provocata da traumi o da patologie in grado di lacerare la parete del vaso stesso.

Le principali funzioni del sangue sono:

NUTRIZIONE:	- Porta alle cellule O2 e sostanze nutritive.
ESCREZIONE:	- Porta via dalle cellule CO2 e sostanze tossiche prodotte dalle attività cellulari, trasportandole agli organi deputati all'eliminazione.
REGOLAZIONE:	- Veicola sostanze ormonali che regolano le attività cellulari.
PROTEZIONE IMMUNITARIA:	- Trasporta gli anticorpi e le cellule deputate alla protezione dell'organismo.

CLASSIFICAZIONE DELLE EMORRAGIE

I diversi tipi di emorragie sono classificabili secondo due criteri principali:

Percorso seguito dal sangue fuoriuscito dai vasi:

Emorragia esterna:	Il sangue fuoriuscito dal vaso si riversa direttamente all'esterno del corpo, attraverso la ferita che ha lacerato il vaso stesso.
Emorragia interna:	Il sangue fuoriuscito dal vaso lacerato si riversa in una delle cavità naturali dell'organismo non comunicanti con l'esterno (ad es. torace e addome). Il sangue si raccoglie nella cavità senza poter fuoriuscire dall'organismo.
Emorragia interna-endocavitaria:	Il sangue fuoriesce da un vaso lacerato e si riversa in una cavità dell'organismo che comunica naturalmente con l'esterno del corpo (ad es. naso, bocca ecc.). In questo caso il sangue seguirà un percorso naturale fino all'esterno dell'organismo attraverso un orifizio naturale.

Tipo di vaso lacerato:

Emorragia capillare:	La lacerazione è superficiale e interessa solo vasi di piccolissime dimensioni. I vasi di grossa e media dimensione non sono lacerati. Il sangue si raccoglie in piccole gocce e si spande attorno alla lesione.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Emorragia venosa:	Il sangue è di colore rosso scuro. Fuoriesce in modo lento ma continuo, colando lungo i bordi della ferita.
Emorragia arteriosa:	Il sangue è di colore rosso vivo. Fuoriesce a fiotti con una frequenza uguale a quella cardiaca.

Spesso i tre tipi di emorragia coesistono.

Questa seconda classificazione non deve essere considerata ai fini del trattamento delle emorragie.

Le emorragie, venose o arteriose, vengono trattate nello stesso modo, seguendo i protocolli forniti di seguito. Potrà essere utile riconoscerle al fine di dare l'informazione agli altri operatori.

Nelle pagine seguenti verranno descritte le metodiche di primo soccorso da eseguire in caso di emorragia. Lo stato di shock, le amputazioni e le subamputazioni verranno presi in considerazione come casi particolari, alla fine del capitolo.

durante i servizi ordinari (trasporto infermi)	Il volontario si trova ad affrontare principalmente emorragie interne e interne-endocavitarie provocate da patologie e malattie pregresse.
durante i servizi d'emergenza-urgenza	Il volontario si trova ad affrontare principalmente emorragie esterne e interne provocate da eventi traumatici e/o lesioni.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

PRIMO SOCCORSO IN CASO DI EMORRAGIA ESTERNA

Il trattamento di un'emorragia esterna deve essere una delle tecniche conosciute dai volontari soccorritori che svolgono sia servizi d'emergenza-urgenza che servizi ordinari (anche se raramente si troveranno a gestire tali emorragie). Un'emorragia esterna può essere arrestata con metodiche diverse. Queste devono essere eseguite in base a un ordine di priorità fino al raggiungimento dell'obbiettivo.

Le metodiche da eseguire sono, nell'ordine:

1. compressione diretta;
2. applicazione del laccio emostatico arterioso.

COMPRESSIONE DIRETTA

È il primo intervento da eseguire. Ha lo scopo di creare una barriera fisica per impedire la fuoriuscita del sangue dalla ferita. Questa tecnica, se correttamente eseguita, è in grado di arrestare la maggior parte delle emorragie.

Si dovrà:

a) scoprire la lesione, rimuovendo gli indumenti. Questo per poter osservare la ferita, riconoscere il tipo di emorragia ed eseguire i passaggi successivi. Questa prima fase di valutazione è estremamente importante in quanto permette di individuare la parte della ferita che sanguina maggiormente;

b) applicare sulla ferita sanguinante una o più garze sterili. Così si manterrà la ferita in condizioni di massima pulizia;

c) applicare sopra lo strato di garze sterili un tampone costituito da più strati di garza. Comprimere sul tampone con la mano;
d) concentrare la pressione sulla parte della ferita che, durante la valutazione, abbiamo visto essere la più sanguinante;
e) applicare una fasciatura compressiva che

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

avvolga l'arto, includendo il tampone;

Occorre evitare una fasciatura troppo stretta che impedirebbe la circolazione. Il polso dovrà essere rilevabile a valle della fasciatura e l'arto non dovrà diventare violaceo. Nel caso in cui l'emorragia dovesse proseguire si dovranno eseguire i passaggi successivi.

APPLICAZIONE DEL LACCIO EMOSTATICO ARTERIOSO (LEA)

L'applicazione del laccio emostatico arterioso è un intervento drastico. Risulta necessario in un numero estremamente ridotto di casi. Il flusso di sangue viene completamente interrotto. A valle del laccio si possono avere complicanze anche gravi. Per questi motivi l'applicazione del laccio deve essere eseguita solo in due casi particolari e ben definiti:

1. **Se la compressione diretta non ha raggiunto l'obiettivo di contenere l'emorragia.**

2. **In caso di schiacciamento di un arto protrattosi per più di 6-8 ore, prima di disincastrare l'arto stesso (ad esempio dopo lunga permanenza sotto le macerie in seguito a un crollo).**

Il laccio deve essere di tipo a banda larga (da 5 a 7,5 cm.) ed elastico.

Complicanze legate all'uso del laccio	L'interruzione del flusso di sangue a valle del laccio provoca ischemia. A lungo andare si potrà giungere alla necrosi dei tessuti. Il laccio comprime, oltre ai vasi, anche le strutture nervose sottostanti. Questo può provocare paralisi (nervosa) a valle del laccio.
Precauzioni nell'uso del laccio	- Non deve essere applicato in corrispondenza delle articolazioni; - si deve evidenziare l'applicazione; - si deve sempre annotare l'ora di applicazione del laccio.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

METODICA DI APPLICAZIONE DEL LACCIO EMOSTATICO ARTERIOSO

- Applicare il laccio, senza stringerlo, 4/5 centimetri al di sopra della ferita evitando di porlo sulle articolazioni.
- Creare uno strato di garze tra il laccio e il punto di applicazione.
- Stringere il laccio fino ad arrestare l'emorragia.

Il laccio non andrà più rimosso.
Si dovrà sempre annotare l'ora di applicazione del laccio. Questa informazione dovrà essere comunicata agli operatori dell'ospedale di destinazione.

EMORRAGIA INTERNA
QUANDO SOSPETTARE UNA EMORRAGIA INTERNA

L'emorragia interna non è direttamente visibile. Per questa ragione occorrerà sempre supporre la presenza di una emorragia interna basandosi sulla dinamica dell'infortunio e sulla presenza dei suoi segni caratteristici.

Le situazioni più frequenti sono:
- incidenti stradali (auto, moto);
- schiacciamenti (infortuni sul lavoro, crolli);
- cadute dall'alto;
- ferite penetranti;
- gravi patologie mediche

Quando la persona presenta i segni dello shock senza avere subito traumi, si potrà pensare alla possibilità di alcune patologie in grado di causare una emorragia interna.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

SEGNI DELL'EMORRAGIA INTERNA

I segni dell'emorragia interna sono quelli dello stato di shock:

Segni precoci di emorragia interna	- Aumento della frequenza cardiaca; - aumento della frequenza respiratoria; - agitazione.
Segni di shock avanzato sempre presenti	- Riduzione delle pressione arteriosa; - polso piccolo e frequente o scomparsa del polso periferico; - cute e mucose pallide e fredde; - tempo di riempimento capillare prolungato; - stato di coscienza alterato.
Segni di shock avanzato talvolta presenti	- Sudorazione abbondante e generalizzata; - sensazione di nausea spesso accompagnata da vertigini; - vomito talvolta misto a sangue; - senso di debolezza; - sete intensa.

Questi possono essere accompagnati da:

- contrattura della muscolatura addominale;
- tumefazioni del torace e/o dell'addome.

Indicano uno stato di emorragia interna avanzato

PRIMO SOCCORSO IN CASO DI EMORRAGIA INTERNA

Il volontario SARA non può, per ovvie ragioni, arrestare una emorragia interna.
Il suo intervento avrà come OBIETTIVI:
- la valutazione dei segni vitali;

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

- impedire che lo stato di shock si aggravi;
- il sostegno psicologico della persona.

La metodica corretta di primo soccorso comprende:

a) posizionare la persona distesa, senza cuscino o altro sotto il capo, con le gambe sollevate di 30 gradi (posizione anti-shock), eccetto in caso di trauma;
b) coprire la persona per evitare dispersione di calore;
c) somministrare ossigeno ad alti flussi;
d) sostenere psicologicamente la persona.

EMORRAGIA ENDOCAVITARIA

Le emorragie endocavitarie vengono classificate a seconda dell'orifizio da cui fuoriesce il sangue.

CLASSIFICAZIONE	PRIMO SOCCORSO
Epistassi: fuoriuscita di sangue dalle narici.	- Comprimere esternamente la narice sanguinante; - inclinare in avanti il capo della persona (pervietà delle vie aeree); - porre ghiaccio istantaneo sulla fronte, all'altezza della radice del naso.

Copia di consultazione
copyright ANPAS Piemonte

Emottisi: fuoriuscita dalla bocca di sangue proveniente dalle vie aeree. Si riconosce dal sangue rosso-schiumoso e dalla tosse che spesso l'accompagna.	- Garantire la pervietà delle vie aeree.
Ematuria: presenza di sangue nelle urine.	- Conservare le urine che dovranno essere consegnate all'arrivo in Pronto soccorso.
Ematemesi: fuoriuscita dalla bocca di sangue proveniente dall'apparato digerente. Si riconosce dal sangue rosso o nerastro, non misto a schiuma. Si accompagna spesso a vomito.	- Garantire la pervietà delle vie aeree; - conservare il materiale vomitato che dovrà essere consegnato in PS; - valutare i segni di shock.
Metrorragia: emorragia dai genitali femminili al di fuori del normale flusso mestruale.	- Non fare altro che trasportare, non tamponare.
Melena: presenza di sangue nelle feci.	- Non fare altro che trasportare; - attenzione alla comparsa di segni di shock.
Otorragia: fuoriuscita di sangue dall'orecchio. (NB otorrea = fuoriuscita di liquor dall'orecchio).	- Non contrastare la fuoriuscita di sangue o altri liquidi dall'orecchio. Non si dovranno usare tamponi.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

COMPLICANZA: LO STATO DI SHOCK IPOVOLEMICO

DEFINIZIONE DI STATO DI SHOCK IPOVOLEMICO

La conseguenza più grave di una emorragia, di qualunque tipo, è lo stato di shock ipovolemico.
Questa condizione si raggiunge quando la quantità di sangue ancora circolante non è più sufficiente a mantenere integre le funzioni vitali (coscienza, circolazione, respiro). È una situazione particolarmente grave, perché mette a rischio la vita stessa della persona.
Infatti la quantità di ossigeno che raggiunge le cellule cerebrali e gli atri organi vitali potrebbe diventare insufficiente alla loro sopravvivenza.

SEGNI E SINTOMI DELLO STATO DI SHOCK

È indispensabile saper riconoscere rapidamente lo stato di shock, per poterlo trattare in modo adeguato. ***I principali segni e sintomi sono:***

Segni precoci dello shock	• Aumento della frequenza cardiaca; • aumento della frequenza respiratoria; • agitazione.
Segni di shock avanzato sempre presenti	• Riduzione delle pressione arteriosa; • polso piccolo e frequente o scomparsa del polso periferico; • cute e mucose pallide e fredde; • tempo di riempimento capillare prolungato; • stato di coscienza alterato.
Segni di shock avanzato talvolta presenti	• Sudorazione abbondante e generalizzata; • sensazione di nausea spesso accompagnata da vertigini; • vomito talvolta misto a sangue; • senso di debolezza; • sete intensa.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

PRIMO SOCCORSO IN CASO DI STATO DI SHOCK IPOVOLEMICO

La metodica corretta da seguire sarà:

- posizionare la persona distesa, senza cuscino o altro sotto il capo, con le gambe sollevate di 30 gradi (posizione anti-shock), eccetto in caso di trauma. Questo favorirà il flusso di sangue verso gli organi vitali (cervello, polmoni, cuore);
- coprire la persona per evitare dispersione di calore;
- somministrare ossigeno al flusso di 12-15 litri al minuto. Questo perché la difficoltà respiratoria e la diminuzione del volume di sangue circolante diminuiscono l'apporto di ossigeno ai tessuti;
- controllare eventuali episodi di vomito;
- sostenere psicologicamente la persona. Questo è un aspetto particolarmente importante in una persona che, come in questo caso, presenta un senso di malessere diffuso e in peggioramento.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Capitolo 7

Comportamenti e situazioni a rischio infettivo

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

COMPORTAMENTI E SITUAZIONI A RISCHIO INFETTIVO

OBIETTIVI

- Identificare condizioni e rischio di infezioni trasmissibili per via ematica.
- Applicare le procedure di protezione e prevenire le esposizioni accidentali a rischio di infezione per via ematica.
- Identificare i veicoli di infezione e le lesioni con rischio di trasmissione di infezione tetanica e applicare le relative procedure di intervento in caso di esposizione accidentale.
- Eseguire le vaccinazioni consigliate per l'attività del volontario SARA.

INTRODUZIONE

Il volontario SARA nell'espletamento dei servizi d'emergenza-urgenza e servizi ordinari (trasporto infermi) si trova ad affrontare situazioni ad "alto" rischio infettivo in quanto può venire a contatto con persone portatrici di patologie contagiose trasmissibili per via ematica. Inoltre il non corretto utilizzo dei dispositivi di protezione mette il volontario a rischio di contrarre malattie presenti nell'ambiente (es. tetano).
È pertanto indispensabile applicare sempre le procedure di protezione e di intervento in modo corretto senza sottovalutare mai le situazioni.

INFEZIONI TRASMISSIBILI PER VIA EMATICA

Le principali infezioni trasmissibili per via ematica sono:
- l'epatite B
- l'epatite C
- l'AIDS.

VEICOLI DI INFEZIONE (VIA EMATICA)

Come si trasmette l'epatite B

L'epatite B si trasmette direttamente per contatto con il corpo infetto da epatite B, con sangue, sperma, secrezioni vaginali, mestruali. Chiunque sia esposto al sangue o ai fluidi di una persona infetta rischia di contrarre l'epatite B. Generalmente l'epatite B si trasmette maggiormente da persona a persona attraverso il rapporto sessuale.
Può anche trasmettersi attraverso strumenti affilati, contaminati da sangue in-

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

fetto, come l'ago per il tatuaggio, piercing, aghi per l'agopuntura, l'uso di un rasoio infetto, la lima per le unghie o gli spazzolini da denti, il morso di un uomo o il sangue donato prima dell'anno 1975.

Come si trasmette l'epatite C

Il virus si trova nel sangue. Non è chiaro se lo sperma o la saliva possano trasmettere il virus. Non c'è nessuna certezza che indichi che l`HCV si possa trasmettere attraverso l'allattamento al seno. Può essere trasmesso usando rasoi, aghi, spazzolini, lime per unghie anche forbici dei barbieri, tatuaggi, piercing o aghi per agopuntura usati da una persona infetta. Tutte le persone con epatite C sono potenzialmente infettive. L'epatite C è imputabile per il 90% dei casi legati alla trasfusione, ma oggi raramente le trasfusioni trasmettono l`infezione perché il sangue viene testato. La possibilità di trasmissione dalla madre infetta al figlio sembra essere ridotta a meno del 5%. Ma la trasmissione può dipendere dall'alta concentrazione di virus nel sangue della madre.

Come si trasmette l'HIV

Il sangue, le secrezioni vaginali, il liquido seminale e il latte materno di persone infette da HIV, contengono sufficienti quantità di virus, da poter contagiare altre persone. Si può essere infettarti con HIV attraverso rapporti sessuali con persone sieropositive, anche se non sembrano ammalate. Molte persone infatti, contraggono l'infezione avendo rapporti sessuali con persone infette; condividendo, sempre con persone infette, siringhe per iniettarsi droga; nascendo da madre infetta, o bevendo il latte materno di una donna infetta.
In passato, molti hanno contratto l'AIDS ricevendo sangue da un donatore infetto, ma ora il sangue donato è controllato in modo molto accurato e il rischio di questa via di contagio è estremamente ridotto. Non ci sono casi documentati di HIV trasmesso tramite lacrime o saliva, ma è possibile contrarre l'infezione praticando sesso orale, specialmente se presenti ferite aperte in bocca o gengive sanguinanti. In ambiente sanitario la trasmissione occupazionale del virus HIV è uguale a quella dell'epatite B e dell'epatite C.

Le persone a rischio includono:

- tossicodipendenti;
- persone sessualmente attive omosessuali e bisessuali;
- chiunque abbia contatti sessuali con un portatore di HBV; o chiunque abbia partner sessuali multipli;
- persone che svolgono lavori a contatto con sangue;

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

- persone emofiliache o in emodialisi;
- persone trasfuse (prima del 1975);
- bambini nati da madri infette;
- prigionieri;
- viaggiatori in paesi in via di sviluppo;
- personale sanitario;
- personale volontario addetto a servizi d'emergenza-urgenza e/o servizi ordinari.

I MAGGIORI VEICOLI DI INFEZIONE DELL'EPATITE B, DELL'EPATITE C E DELL'AIDS SONO:

- liquidi organici: sangue, liquido seminale, tutti i liquidi biologici;
- mani del soccorritore contaminate;
- indumenti contaminati della persona da soccorrere;
- materiale e strumenti di soccorso contaminati;
- indumenti contaminati del soccorritore.

MODALITÀ DI TRASMISSIONE DELL'EPATITE B - C E DELL'AIDS.

Le principali modalità di trasmissione dell'infezione in ambito dei servizi d'accompagnamento (servizi ordinari - trasporto infermi) sono:

- tagli, abrasioni, punture con aghi;
- qualsiasi esposizione della cute, delle mucose e delle congiuntive ai liquidi organici della persona da soccorrere e/o assistere.

Il rischio occupazionale di infezione dopo esposizione di tipo percutaneo a sangue infetto viene stimata intorno allo 0,3% e aumenta significativamente in caso di:

- lesione profonda dell'operatore sanitario;
- presenza di sangue visibile sullo strumento responsabile della lesione;
- strumento responsabile della lesione precedentemente posizionato in una vena o arteria della persona fonte;
- contaminazione congiuntivale massiva.

PROCEDURE DI APPLICAZIONE PER IL RISCHIO DI INFEZIONE PER VIA EMATICA.

Il soccorritore deve applicare le seguenti procedure al fine di evitare il rischio di infezione per via ematica durante tutti i servizi d'accompagnamento (servizi

ordinari - trasporto infermi):
- considerare tutte le persone da soccorrere come fonti di infezione;
- indossare i guanti di lattice in presenza di liquidi organici e di veicoli di infezione;
- indossare maschere e occhiali o visiere integrali nelle situazioni a rischio di esposizione accidentale per gli occhi o per la bocca;
- eliminare gli aghi o altro materiale tagliente negli appositi contenitori rigidi;
- eliminare il materiale e gli strumenti monouso utilizzati per il soccorso negli appositi contenitori "rifiuti ospedalieri trattati";
- lavare le mani immediatamente dopo la rimozione dei guanti di lattice.

N.B. I guanti di lattice vanno indossati sempre durante tutti i servizi.

Durante l'attività di soccorso non bisogna mai: portarsi le mani alla bocca o alle congiuntive, fumare e mangiare.

PREVENZIONE ESPOSIZIONI ACCIDENTALI A RISCHIO DI INFEZIONE PER VIA EMATICA.

Al fine di prevenire eventuali esposizioni accidentali a rischio di infezione per via ematica il volontario SARA nell'espletamento dei propri servizi (servizi ordinari - trasporto infermi ecc.) non deve:
- maneggiare con distrazione e avventatezza strumenti appuntiti, affilati e taglienti (aghi, rasoi, pinze e forbici);
- rincapucciare aghi e disinserire, piegare e rompere volontariamente bisturi e lame monouso;
- cercare di raccogliere strumenti taglienti, appuntiti o di vetro se stanno cadendo;
- portare strumenti taglienti o appuntiti in tasca;
- rompere incautamente le fiale dei farmaci;
- non chiedere aiuto se la persona da soccorrere non coopera o è agitata;
- maneggiare più del dovuto garze e biancheria utilizzati per la persona da soccorrere e/o assistere.

PROCEDURE DI INTERVENTO IN CASO DI ESPOSIZIONI ACCIDENTALI A RISCHIO DI INFEZIONE PER VIA EMATICA.

Il solo modo per sapere se si è infetti è sottoporsi a un esame del sangue specifico.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

In caso di esposizione accidentale a rischio infettivo per via ematica si deve:
- far sanguinare la ferita e lavare con acqua e sapone in caso di puntura o taglio accidentale;
- lavare abbondantemente con acqua corrente in caso di esposizione della cute, delle mucose e delle congiuntive;
- disinfettare accuratamente – amuchina 5/10%;
- comunicare formalmente appena possibile l'avvenuta esposizione al responsabile sanitario dell'associazione, circostanziando in forma scritta tutti i dettagli dell'avvenuta (o sospetta) esposizione;
- effettuare denuncia di avvenuta esposizione al Pronto soccorso.

INFEZIONI TRASMISSIBILI (TETANO)

Il tetano è una malattia letale causata dalla penetrazione del batterio *Clostridium tetani* nell'organismo, generalmente attraverso una ferita. I batteri si riproducono nella ferita producendo un potente veleno (tossina) che provoca rigidità e dolorose contrazioni muscolari.
Mentre la vaccinazione ha largamente diminuito l'incidenza del tetano in Europa da quando è stata introdotta negli anni 50 e 60, il tetano come malattia non è scomparso.
Se non si è vaccinati in modo adeguato vi è sempre il rischio che la malattia si sviluppi all'interno di ferite contaminate dal terreno. Il periodo di incubazione è tra 4 e 21 giorni, generalmente di 10.

VEICOLI DI INFEZIONE (INFEZIONE TETANICA)

Il tetano si può contrarre facilmente anche attraverso una piccola ferita come un graffio, un taglio o un'ustione grave.
Campioni di terreno, specialmente se contaminato da feci equine, contengono quasi sempre le spore "in letargo" del *Clostridium tetani*. Sono stati segnalati casi di tetano in cui la persona non era in grado di ricordare la ferita in quanto di lievissima entità.

I primi sintomi del tetano che la persona infetta può notare sono rigidità della mandibola e difficoltà ad aprire la bocca.

Le persone a rischio includono:
Gli anziani sono il gruppo più a rischio perché molti non sono stati vaccinati da

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

bambini. Attualmente ci sono molte persone al di sopra dei 40 anni che non hanno mai ricevuto una serie primaria del vaccino. Tutte le persone non vaccinate sono a rischio di infezione tetanica, in particolare se presenti patologie pregresse o con sistema immunitario soppresso da farmaci o patologie.

I MAGGIORI VEICOLI DI INFEZIONE TETANICA

I principali veicoli di infezione tetanica sono:
- la polvere delle strade;
- il terreno;
- le feci degli erbivori.

MODALITÀ DI TRASMISSIONE DELL'INFEZIONE TETANICA

Le principali modalità di trasmissione dell'infezione in ambito dei servizi d'accompagnamento (servizi ordinari - trasporto infermi) sono punture con oggetti appuntiti e taglienti (oggetti in ferro arrugginito, spine vegetali, pungiglione di insetti ecc.) che provochino lesioni cutanee anche impercettibili, ferite lacero-contuse sporche di terriccio.

PROCEDURE DI APPLICAZIONE PER IL RISCHIO DI INFEZIONE TETANICA

Il soccorritore deve applicare le seguente procedure al fine di evitare il rischio di infezione per via tetanica durante tutti i servizi d'accompagnamento (servizi ordinari - trasporto infermi):
- valutare attentamente gli eventuali rischi ambientali;
- indossare sempre i guanti di lattice;
- eliminare gli aghi o altro materiale tagliente negli appositi contenitori rigidi;
- lavare le mani immediatamente dopo la rimozione dei guanti di lattice.

N.B. I guanti di lattice vanno indossati sempre durante tutti i servizi.

Durante l'attività di soccorso non bisogna mai portarsi le mani alla bocca o alle congiuntive, fumare e mangiare.

PROCEDURE DI INTERVENTO IN CASO DI ESPOSIZIONE ACCIDENTALE A RISCHIO INFETTIVO TETANICO

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

In casi di esposizioni accidentali il volontario SARA nell'espletamento servizi d'accompagnamento (servizi ordinari - trasporto infermi) deve:

- far sanguinare la ferita, in caso di puntura o taglio accidentale, lavare e disinfettare le ferite lievi;
- recarsi in Pronto soccorso in caso di ferite profonde e/o lacero-contuse;
- comunicare formalmente appena possibile l'avvenuta esposizione al responsabile sanitario dell'associazione, circostanziando in forma scritta tutti i dettagli dell'avvenuta (o sospetta) esposizione.

VACCINAZIONE

Le vaccinazioni rappresentano uno dei più efficaci strumenti preventivi, secondo solo alla disponibilità di acqua potabile in termini di vite risparmiate.

L'impatto delle vaccinazioni sulle malattie può essere schematizzato in tappe successive.
Il primo obiettivo è il controllo della malattia, cioè la riduzione del numero di malati a maggior rischio di complicanze, quali ad esempio gli anziani per la vaccinazione antinfluenzale o i bambini nel primo anno di vita per la vaccinazione antipertosse.
La tappa successiva è la riduzione assoluta del numero di malati in una nazione, o in un gruppo di nazioni, fino alla eliminazione della malattia, come si è verificato per la poliomielite nelle Americhe o per il morbillo in Finlandia. L'eliminazione di una malattia a livello nazionale non esclude comunque il rischio che l'infezione venga contratta durante un viaggio all'estero o da una persona proveniente da un paese dove la malattia è ancora presente.
La tappa finale, infine, è l'eliminazione di una malattia a livello mondiale.
Questo traguardo, noto come eradicazione è raggiunto nel 1981 per il vaiolo, fa sì che non esista più il rischio di contrarre la malattia e consente quindi di interrompere la vaccinazione.

In Italia alcune vaccinazioni sono obbligatorie per legge (antidifterite e tetano, antipolio, antiepatite virale B); altre pur non essendo obbligatorie sono raccomandate dal ministero della Sanità (antimorbillo, antipertosse, antirosolia, antiparotite, antiemofilo tipo b).
Questa suddivisione tra vaccinazioni obbligatorie e raccomandate ha creato storicamente la falsa percezione che vi siano alcune vaccinazioni più importanti di altre. Al contrario, tutte le vaccinazioni hanno uguale rilevanza e oggi sono proprio le malattie prevenibili con vaccinazioni raccomandate che rappresenta-

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

no l'area alla quale bisogna rivolgere la maggiore attenzione.
L'obbligatorietà ha finora garantito che più del 90% dei bambini venga adeguatamente vaccinato contro difterite, tetano e poliomielite. Grazie a questa elevata copertura vaccinale, nel nostro paese la poliomielite è scomparsa da 20 anni, i casi di difterite e tetano sono rarissimi e interessano soprattutto persone anziane, non vaccinate o vaccinate non correttamente. Al contrario la copertura vaccinale per le vaccinazioni raccomandate è stata in passato insufficiente; ad esempio solo il 60% dei nati nel 1996 era stato vaccinato contro il morbillo. Questa malattia, grave e potenzialmente mortale, è quindi ancora molto frequente, causa in Italia circa 10 morti ogni anno ed è stata responsabile tra il 1980 e il 1994 della morte di 166 persone. La ragione principale della scarsa copertura per le vaccinazioni raccomandate è stata identificata nella mancata offerta attiva e gratuita da parte dei servizi vaccinali. Per questo a partire dal 1995 le autorità sanitarie nazionali e regionali hanno attuato numerose iniziative per promuovere tutte le vaccinazioni e la copertura vaccinale è andata aumentando, passando per esempio per la pertosse dal 40% nel 1993 all'88% nel 1998.

(Fonte: Istituto Superiore Sanità)

VACCINAZIONI OBBLIGATORIE

In Italia sono obbligatorie, per tutti i nuovi nati, le seguenti vaccinazioni:
- antidifterica (L. 6 giugno 1939 n. 891 - L. 27 aprile 1981 n. 166)
- antitetanica (L. 20 marzo 1968 n. 419)
- antipoliomielitica (L. 4 febbraio 1966 n. 51)
- antiepatite virale B (L. 27 maggio 1991 n. 165)
- anti-pertosse (obbligatoria per i nati dopo il 2001)
- anti-meningococcica B (obbligatoria per i nati dopo il 2001)
- anti-haemophilus influenzale tipo b (obbligatoria per i nati dopo il 2001)
- anti varicella (obbligatoria per i nati dopo il 2017)
- anti-morbillo (obbligatoria per i nati dopo il 2001)
- anti-parotide (obbligatoria per i nati dopo il 2001)
- anti-rosolia (obbligatoria per i nati dopo il 2001)

Le vaccinazioni antidifterica e antitetanica si somministrano utilizzando vaccino combinato (DT) oppure vaccino combinato antidifterico – tetanico - pertossico (DTP). Il ciclo delle vaccinazioni inizia, secondo il calendario stabilito dalle leggi, al terzo mese di vita e prevede la somministrazione di tre dosi dei vaccini DT o

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

DTP, antipoliomielitico orale (OPV) e antiepatite B, entro il dodicesimo mese di vita. Ai 15-18 mesi di vita del bambino, se è stato utilizzato il vaccino DTP, va somministrata una nuova dose. Una dose di richiamo di vaccino DT deve essere effettuata in età pre-scolare (5-6 anni).

Il calendario è da intendersi in maniera flessibile riguardo ai tempi di vaccinazione. Intervalli più lunghi di quelli riportati non compromettono la risposta immunitaria.

Età	
3 mesi	Vaccino Difterite - Tetano - Pertosse (DTP) Vaccino orale trivalente poliovirus (VOTP) Epatite B prima dose
5 mesi	Vaccino DTP VOTP Epatite B seconda dose
9-11 mesi	Vaccino DTP VOTP Epatite B terza dose
15 mesi	Morbillo, Parotite, Rosolia (tutti vaccini con virus attenuati: da soli o in associazione)
15 -18 mesi	Vaccino DTP VOTP

VACCINAZIONI OBBLIGATORIE PER CATEGORIE SPECIFICHE

Alcune vaccinazioni sono obbligatorie per determinate categorie di persone e di lavoratori:

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Anti Tetanica	Vaccinazione antitetanica (Legge del 5 marzo 1963, n. 292): - sportivi affiliati al CONI, lavoratori agricoli, metalmeccanici, operatori ecologici, stradini, minatori, sterratori.
Anti Tubercolare	Vaccinazione antitubercolare (BCG) (Legge del 14 dicembre 1970 n.1008) - personale medico e infermieristico - persone conviventi con persone affette da tubercolosi - ragazzi di età compresa tra i 5 e i 15 anni residenti in zone depresse a elevata morbosità tubercolare (indice tubercolinico maggiore del 5% nei bambini di 6 anni) - reclute all'atto dell'arruolamento

VACCINAZIONI CONSIGLIATE PER IL VOLONTARIO SARA

Il volontario SARA al fine di
- salvaguardare la propria salute e quella dei colleghi, famigliari, amici;
- prevenire e limitare al massimo il rischio di infezioni, vista la particolarità della sua attività e l'elevato rischio di infezione durante alcuni servizi.

È consigliato che esegua delle vaccinazioni specifiche in aggiunta a quelle obbligatorie (se non effettuate):

- vaccinazione antiepatite B;
- vaccinazione antitetanica.

Tali vaccinazione gli vengono fornite in modo gratuito.
Per informazioni sulle vaccinazioni per i volontari ci si può rivolgere direttamente alla propria associazione o all'Azienda sanitaria locale di appartenenza.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Epatite B, epatite C, AIDS - Schede analitiche

EPATITE B

L'epatite B è causata da un virus a DNA che è stato identificato come una particella sferica (particella D), del diametro di 42 nm, con un capside isometrico, un genoma formato da DNA bicatenario a struttura circolare e un involucro pericapsidico di origine cellulare.

Il virus dell'epatite B (HBV) è un patogeno molto resistente a temperatura ambiente (6 mesi), al freddo (sotto i 20°C per diversi anni), al caldo (a 60°C per 4 ore), all'irradiazione con ultravioletti. Viene inattivato dalle alte temperature (121°C) e con trattamento in stufa e in autoclave. Tale virus è altamente infettante, si stima che sia 100 volte più infettante del virus HIV. Il virus è presente in tutte le secrezioni e liquidi corporei (sangue, saliva, sperma, secrezioni vaginali, urina).

L'epatite B è una malattia infiammatoria del fegato causata dal virus dell'epatite B (HBV) che danneggia le cellule del fegato e può causare cirrosi e aumenta il rischio di cancro del fegato in alcune persone malate. Attraverso l'esame del sangue è possibile determinare la presenza o meno dell'epatite B. Circa il 2-10% degli adulti e il 25-90% dei ragazzi al di sotto dei 5 anni colpiti da epatite B, incapaci di liberare il virus entro sei mesi sono considerati malati cronici e chiamati generalmente portatori di epatite B.

Sintomi:

Molte persone con epatite B acuta non hanno sintomi o possono avere sintomi lievi simili a quelli dell'influenza: mancanza di appetito, nausea, affaticamento, dolori muscolari e alle giunture, febbre lieve circa il 25-35% delle persone affette presentano urine scure, pelle e occhi giallastri (ittero) o feci chiare. Alcune persone hanno un decorso della malattia più severo e possono morire di epatite fulminante entro un breve lasso di tempo.

EPATITE C

Il virus dell'epatite C (HCV) è un virus a RNA a bassa attività di replicazione che comporta nelle persone infette bassi livelli sierici ed epatici sia di antigeni virus-correlati, sia di copie genomiche.

La principale via di trasmissione dell'HCV è la via parenterale. Altre vie di trasmissione, anche se particolarmente non efficienti sono la via perinatale e quella sessuale.

Il rischio definito per una singola esposizione è compreso tra il 3 e il 10%. Alcune persone con l'epatite cronica presenteranno un decorso clinico pro-

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

gressivo con lo sviluppo di cirrosi e insufficienza epatica, mentre altre persone presenteranno un'evoluzione più lenta con minime manifestazioni cliniche.
La cirrosi epatica correlata all'epatite C sembra avere un decorso benigno rispetto a quello della cirrosi alcolica con un lungo intervallo prima della comparsa delle complicanze. Tuttavia nelle persone con infezione cronica da HCV e cirrosi si può verificare lo sviluppo di un carcinoma epatocellulare. L'epatite C (HCV) causa l'infiammazione del fegato. Dapprima conosciuta come epatite non-A non-B, l'epatite C è stata scoperta nei primi anni 70. Non fu disponibile, tuttavia, fino al 1989, il test per specifici anticorpi al virus, da permettere così il test di routine. Ogni anno circa 28.000 americani contraggono l'epatite C che è una causa più frequente di malattia del fegato cronico dell'Epatite B. Mentre originariamente si credeva che almeno metà dei casi di epatite C acuta diventasse cronici, ora il tasso può superare l'80%.
Molti possono sviluppare cirrosi. Questo può o può non avere un impatto sulla probabilità di vita. Alcuni individui con cirrosi possono anche sviluppare cancro al fegato.

Sintomi:

La maggior parte delle persone affette da epatite C non presenta sintomi e conducono una vita normale. Il periodo d'incubazione varia da due a ventisei settimane. Gli esami del fegato possono essere elevati o essere normali anche per molto tempo (da settimane a un anno).
Anche se la persona infettata presenta un esame del fegato normale, si chiama portatore e può trasmettere la malattia ad altri. il virus è nel sangue e può danneggiare le cellule del fegato. Se sono presenti i sintomi essi possono essere molto lievi e come per l'influenza: nausea, affaticamento, mancanza d'appetito, febbre, mal di testa e dolori addominali.

La maggior parte delle persone non presenta ittero (ittero della pelle e degli occhi); tuttavia, esso può verificarsi insieme con urine scure.

AIDS (HIV) - VIRUS DELL'IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA

La sindrome dell'immunodeficienza acquisita è causata dal virus HIV, un virus a RNA, di forma sferica, con diametro di circa 100 nm.
Il virus viene inattivato da diversi agenti chimici (es. ipoclorito di sodio allo 0,1-0,2%, glutaraldeide allo 0,01% per 60 minuti, alcol etilico al 50-70%), da valori di pH compresi tra 7 e 10, da una temperatura di 60°C applicata per 30 minuti. È resistente ai raggi UV e gamma. Il virus sopravvive in soluzione

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

acquosa a temperatura ambiente per 15 giorni e a 37°C per 11 giorni.
AIDS significa “Sindrome da immunodeficienza acquisita”.
• sindrome significa insieme di problemi di salute che compongono una malattia;
• immunodeficienza significa debolezza del sistema immunitario a combattere la malattia;
• acquisita significa che si contrae (nel caso dell’AIDS, tramite contagio virale).
Si tratta di un indebolimento delle difese immunitarie dell’organismo, provocato dal virus dell’immunodeficienza umana (Hiv).
Una persona contagiata dal virus Hiv (cioè sieropositiva) potrà sviluppare, nel corso del tempo, malattie opportunistiche più o meno gravi, causate da altri virus, da funghi o da batteri che in condizioni normali il sistema immunitario è in grado di combattere.
Pur essendo sieropositivi, è possibile vivere per anni senza alcun sintomo. Per questo motivo, se non ci si sottopone al test, è possibile accorgersi in grande ritardo di essere stati contagiati, e cioè solo al manifestarsi di una malattia opportunistica.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Capitolo 8

Il materiale e la strumentazione per l'ambulanza

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

IL MATERIALE E LE ATTREZZATURE PER LE AMBULANZE DI TRASPORTO E DI SOCCORSO

Copia di consultazione Copyright ANPAS Piemonte

OBIETTIVI

- Identificare e localizzare il materiale e l'attrezzatura previsti dallo standard regionale per l'ambulanza di trasporto.

INTRODUZIONE

Il DGR 295 27.2.34 del 5/8/93 (ed eventuali successivi aggiornamenti), fissa la dotazione minima e ottimale basata su criteri espliciti di selezione di materiale e attrezzatura (tipo, qualità e quantità) per svolgere efficacemente un determinato servizio.

La scelta, e la redazione della dotazione minima viene concordata da un gruppo di esperti e di operatori e normata (livello legislativo) o formalizzata (livello associativo) in uno standard di riferimento.
Il materiale e le attrezzature minime previste dallo Standard regionale variano a seconda del tipo di ambulanza:

TIPO A sono le ambulanze di soccorso;
TIPO B sono le ambulanze di trasporto.

È indispensabile che il volontario SARA conosca a perfezione sia il materiale e l'attrezzature prevista, sia la loro localizzazione sui mezzi in dotazione presso la propria associazione. Inoltre deve provvedere alla loro pulizia, manutenzione, ripristino ed efficienza.

ATTREZZATURE PREVISTE PER LE AMBULANZE DI TRASPORTO

Queste ambulanze vengono adibite ai servizi ordinari (trasporto-infermi).
Tali servizi vengono gestiti direttamente dalle associazioni. L'equipaggio è composto da un minimo di due soccorritori (volontari o dipendenti).
La dotazione minima di bordo è la seguente:

Attrezzature di base:
- lenzuola monouso;
- federe monouso;
- coperte;
- pappagallo;
- padella;
- guanti monouso di tre misure.

Attrezzature per il trasporto malati:
- barella principale (possibilmente autocaricante) completa di almeno 2 cinghie di sicurezza;
- barella atraumatica a cucchiaio completa di cinghie di sicurezza;
- telo portaferiti a sei maniglie;
- 2 bombole di ossigeno terapeutico complete di riduttore di pressione monobasico;
- set RCP adulti completo di: pallone autoespandibile di rianimazione autoclavabile, maschere facciali di tre misure (0-3-5), reservoir, tubo raccordo ossigeno set di cannule orofaringee di tre misure (S-M-L);
- maschere di Venturi per ossigenoterapia a concentrazione variabile;
- cannule nasali per ossigenoterapia.

Materiale per la medicazione delle ferite:
Set medicazione
- Garze sterili, flacone acqua ossigenata, fisiologica, rotolo cerotto a nastro, rotoli bende, teli sterili.

In aggiunta è consigliato dotare l'ambulanza anche di:

Attrezzature di base:
- clinical box per raccolta temporanea rifiuti sanitari (per taglienti e materiali speciali);

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

- set indumenti di protezione per trasporto pazienti infettivi: camici, guanti, mascherine facciali, occhiali o mascherine di protezione in materiale plastico.

Attrezzature per il trasporto infortunati e malati:
- sedia portantina pieghevole.

Attrezzature aspirazione:
- aspiratore fisso completo di sondini d'aspirazione sterili, compatibili con l'aspiratore.

Attrezzature e materiali per infermieri professionali e medici:
- sfigmomanometro;
- fonendoscopio.

È possibile comunque trovare attrezzature aggiuntive non previste, inserite dall'associazione, al fine di incrementare la dotazione minima prevista per esigenze specifiche e per migliorare ulteriormente il servizio offerto.

PRINCIPALI MATERIALI E ATTREZZATURE

Barella autocaricante	Sedia portantina	Telo portaferirti

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

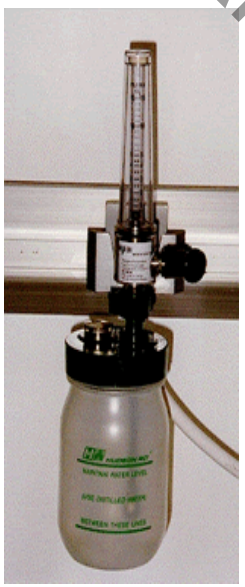
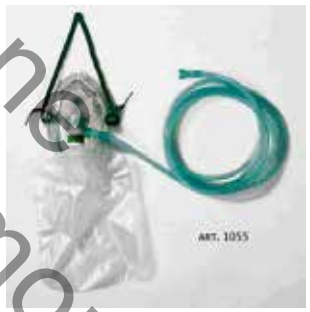
Tavola spinale	Barella cucchiaio	Collare cervicale

Immobilizzatore KED	Steccobende a depressione	Guanti monouso

Sfigmomanometro a parete	Fonendoscopio	Padella - Pappagallo

Copia di consultazione
Copyright AREAS Piemonte

Regolatore di flusso O2 per portatile	Bombole O2 fisse	Bombola O2 portatile

Regolatore di flusso O2 impianto fisso	Mascherina ossigeno	Mascherina ossigeno con reservoir
		

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Set RCP – Pallone Ambu, maschere, re-servoir ecc.	Aspiratore portatile di secreti	Collare cervicale

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Capitolo 9

Le situazioni con rischio infettivo o disorganizzativo nella cellula sanitaria dell'autoambulanza

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

LE SITUAZIONI CON RISCHIO INFETTIVO O DISORGANIZZATIVO NELLA CELLULA SANITARIA DELL'AUTOAMBULANZA

OBIETTIVI

- Identificare le situazioni con rischio infettivo e disorganizzativo nella cellula sanitaria dell'autoambulanza al termine del trasporto.
- Eseguire il riordino, la sanificazione e la disinfezione della cellula sanitaria e dell'attrezzatura secondo il protocollo regionale DGR 295-27234 del 30/07/93 e linee guida e protocolli diramati dalle ASL di appartenenza
- Eseguire la preparazione, la sistemazione e la verifica dell'attrezzatura e del materiale nella cellula sanitaria dell'autoambulanza.

INTRODUZIONE

I volontari SARA sono i responsabili dell'efficienza dell'ambulanza, della pulizia, del materiale e dei presidi sanitari presenti.
Se al momento del servizio ordinario (trasporto-infermi), si scopre che l'automezzo non è dotato di tutti quei presidi sanitari previsti dallo Standard regionale art. 9 L.R. 42/92 e la successiva DGR del 9 giugno 2008 n. 8-8927 la responsabilità, civile e penale, di questa inefficienza ricade sull'equipaggio. Questa inefficienza, infatti, ha pesanti ricadute sulla salute del- la persona da accompagnare in quanto, non disponendo di tutto il materiale necessario o a causa dell'inabilità del mezzo, non si potrà prestare un'assistenza adeguata e/o svolgere un servizio efficiente.

Per questo motivo è indispensabile che il volontario SARA prima di iniziare qualsiasi tipo di servizio effettui i seguenti controlli:
1. l'automezzo sia in piena funzionalità (meccanica, carburante ecc.);
2. sia dotato di tutto il materiale sanitario e non;
3. i presidi e le attrezzature siano in efficienza.

Altro aspetto indispensabile dell'efficienza dell'automezzo è la pulizia della cellula sanitaria al fine di prevenire rischi infettivi per i volontari e/o per le persone da trasportare.
Al termine di ogni servizio la cellula sanitaria deve essere sempre sanificata (pulita) o disinfettata (se infetta), riordinata e il materiale mancante ripristinato.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Sanificazione:	Insieme di procedure atte a eliminare lo sporco (polvere, sostanze contaminanti…) da ogni superficie e oggetto con l'utilizzo di acqua e detergente. Deve sempre precedere la disinfezione.
Disinfezione:	Metodica che determina la riduzione dei microrganismi patogeni a livelli di sicurezza, impiegando mezzi fisici (vapore, alte temperature), o chimici (disinfettanti).

È pertanto indispensabile che il volontario SARA sappia identificare le situazioni con il rischio infettivo e disorganizzativo nella cellula sanitaria dell'autoambulanza.

SITUAZIONI CON RISCHIO INFETTIVO E DISORGANIZZATIVO NELLA CELLULA SANITARIA DELL'AUTOAMBULANZA

TRASPORTI A RISCHIO INFETTIVO E NON (VIA EMATICA)

Nell'espletamento dei servizi ordinari (trasporto-infermi) il volontario SARA si può trovare a gestire situazioni ove il rischio infettivo per via ematica sia elevato.
Le principali situazioni con rischio infettivo sono:
- trasporti in cui si siano verificati spargimenti ed emissioni di liquidi organici;
- trasporti di persone con diagnosi di infezione trasmissibile per via ematica.

Nel caso non siano presenti le condizioni sopra riportate i trasporti vengono considerati non a rischio infettivo per via ematica.
Il volontario SARA non deve comunque mai dimenticare la possibilità di rischi infettivi per via inalatoria e le lesioni con rischio di trasmissione di infezione tetanica durante tutti i tipi di servizi.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

CONDIZIONI A RISCHIO DISORGANIZZATIVO DELLA CELLULA SANITARIA

Al termine di ogni trasporto di persone soccorse e/o assistite è possibile che si creino le condizioni a rischio disorganizzativo per l'ordine e la pulizia nella cellula sanitaria.
Motivi principali possono essere l'inosservanza da parte dei volontari SARA delle seguenti condizioni:
- ripristino del materiale sanitario utilizzato;
- pulizia dell'attrezzatura sanitaria utilizzata;
- pulizia della cellula sanitaria e disinfezione (all'occorrenza).

RIORDINO, DETERSIONE E DISINFEZIONE DELLA CELLULA SANITARIA E DELL'ATTREZZATURA DELL'AMBULANZA

Il volontario SARA al termine di ogni servizio deve eseguire il riordino, la sanificazione e la disinfezione della cellula sanitaria e dell'attrezzatura dell'ambulanza secondo il protocollo regionale DGR 295-27234 del 30/07/93.

I termini riordino, detersione e disinfezione, per il volontario SARA hanno un significato ben preciso e prevedono delle procedure specifiche:

Riordino:	Sistemazione e ripristino di tutto il materiale sanitario e non e delle attrezzature utilizzate. Tutto il materiale deve essere sistemato negli spazi e nelle apposite ubicazioni in modo da rendere facile la sua localizzazione.
Sanificazione:	Pulizia accurata di tutto il materiale (se non monouso) e delle attrezzature utilizzate e venute a contattato con la persona trasportata.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Disinfezione:	La disinfezione deve essere effettuata periodicamente su tutte le ambulanze (una volta al mese) e ogni qual volta si siano verificati spargimenti e emissioni di liquidi organici al fine di eliminare rischi infettivi.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

AL TERMINE DI OGNI SERVIZIO

I volontari SARA al termine di ogni servizio devono eseguire il riordino e la sanificazione della cellula sanitaria e delle attrezzature e in specifico devono:
- Sostituire la biancheria monouso usata.
- Lavare e asciugare il materassino, il cuscino della barella, e tutto ciò che è venuto a contatto con la persona trasportata.
- Sostituire il materiale monouso utilizzato.
- Lavare il pavimento della cellula sanitaria.
- Raccogliere e gettare i rifiuti negli appositi contenitori.
- Areare l'ambulanza.

AL TERMINE DI UN SERVIZIO CON RISCHIO INFETTIVO

La sanificazione e in complemento anche la disinfezione della cellula sanitaria devono essere effettuate sempre:

A. Al termine di un trasporto a rischio infettivo per via ematica.
B. Periodicamente una volta al mese.

IL VOLONTARIO SARA DEVE:

C. ESEGUIRE LA SANIFICAZIONE DELLA CELLULA SANITARIA

- Sostituire la biancheria e tutto il materiale monouso utilizzato.

- Raccogliere e gettare negli appositi contenitori i rifiuti e il materiale usato (es. garze, medicazioni contaminate, confezioni sterili aperte e non utilizzate…).

- Lavare le attrezzature (barelle, sedie, cuscini, stecche, ambu, collari, telo, lacci emostatici, aspiratore…), ogni superficie e il pavimento.

- Disinfettare le attrezzature (barelle, sedie, cuscini, stecche, ambu, collari, telo, lacci emostatici, aspiratore…), ogni superficie e il pavimento.

- Areare la cellula sanitaria.

D. ESEGUIRE LA DISINFEZIONE DELLA CELLULA SANITARIA

- Pulire/scopare e lavare ogni superficie e pavimento con acqua e detergente a bassa schiumosità.

- Risciacquare.

- Disinfettare con ipoclorito di sodio al 5%.

- Lasciare agire per 15-20 minuti.

- Risciacquare accuratamente.

- Conservare il materiale usato per la detersione e la disinfezione ben pulito in un luogo idoneo.

E. ESEGUIRE LA SANIFICAZIONE E DISINFEZIONE DEL MATERIALE SANITARIO NON MONOUSO

- Lavare con acqua e detergente a bassa schiumosità, utilizzando uno spazzolino per rimuovere i residui nelle anfrattuosità.

- Immergere in soluzione di ipoclorito di sodio al 5% per 15-20 minuti.

- Risciacquare abbondantemente.

- Asciugare con panno/carta monouso.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

PREPARAZIONE, SISTEMAZIONE E VERIFICA A INIZIO TURNO

Il volontario SARA a inizio turno e/o prima dell'espletamento di un servizio deve eseguire il protocollo previsto dall'associazione per la preparazione, l'allocazione e la verifica delle attrezzature e del materiale della cellula sanitaria a inizio turno.

A questo scopo lo strumento più utile è la **check list sia del materiale che dell'ambulanza** che dovranno essere compilate con attenzione e in modo completo.

In specifico deve sempre:

- Verificare la pulizia.
- Verificare la presenza, la qualità e l'esatta allocazione di tutte le attrezzature e del materiale in dotazione standard.
- Verificare l'integrità delle confezioni sterili.
- Verificare la funzionalità delle attrezzature tramite simulazione d'uso.
- Controllare la pressione dell'ossigeno.
- Reintegrare il materiale mancante.
- Segnalare ai responsabili i problemi riscontrati che non possono essere risolti nell'immediato.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Capitolo 10

La mobilizzazione e il trasferimento della persona

Copia di consultazione
Copyright AIAS Piemonte

LA MOBILIZZAZIONE E IL TRASFERIMENTO DELLA PERSONA

OBIETTIVI

- Classificare le tecniche di mobilizzazione e adottare quella più idonea alle condizioni della persona.
- Spostare e trasferire la persona, attuando le principali tecniche di mobilizzazione.
- Posizionare e assicurare la persona sulla barella dell'ambulanza.
- Classificare le posizioni di soccorso e adottare quella più idonea alle condizioni della persona.
- Prestare l'assistenza sanitaria, assistenziale e relazionale a una persona durante il trasferimento verso la struttura sanitaria.

INTRODUZIONE

Il volontario SARA nell'espletamento dei propri servizi deve garantire sempre una mobilizzazione e relativo trasferimento "sicuro" ed "efficace" della persona da accompagnare.
Prima di procedere alla mobilizzazione e al trasferimento non si deve mai dimenticare:

- Valutazione ambientale (rischi evolutivi).
- Valutazione primaria.
- Immobilizzazione e trasferimento.
- Rivalutazione al bisogno.

In alcune situazioni particolari, il volontario SARA a seguito di:

- una valutazione ambientale che presenti rischi evolutivi
- o una valutazione primaria che presenti la mancanza di una delle funzioni vitali, stabilisce che la mobilizzazione è prioritaria rispetto alle altre procedure di soccorso.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

TECNICHE DI MOBILIZZAZIONE

Le principali tecniche di mobilizzazione della persona sono:

1. Tecnica del trascinamento.
2. Tecnica della sedia.
3. Tecnica del telo portaferiti.
4. Tecnica della barella a cucchiaio.
5. Tecnica dell'asse spinale (servizi d'emergenza – urgenza).

La scelta della tecnica specifica deve basarsi esclusivamente sulle necessità della persona da soccorrere e/o assistere e non sulla "comodità" o "facilità" dell'équipe sanitaria.

1. TECNICA DEL TRASCINAMENTO

Questa tecnica si utilizza solo quando è necessario trasferire la persona in un ambiente sicuro e l'urgenza del soccorso impedisce tecniche più sicure.

Tipi di servizi:	Ordinari (trasporto-infermi). Emergenza-urgenza.
Controindicazioni:	Adatta a spostamenti brevi. Non garantisce la mobilizzazione corretta della persona.
Non utilizzare mai:	In caso di persone traumatizzate.

PER EFFETTUARE CORRETTAMENTE LA TECNICA IL VOLONTARIO SARA DEVE:

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

- posizionarsi alle spalle della persona;
- incrociale le braccia della persona sul torace;
- trascinare la persona afferrandola sotto le ascelle, utilizzando le braccia per sorreggergli la testa.

2. TECNICA DELLA SEDIA

Questa tecnica si utilizza ogni qual volta sia necessario trasportare una persona da soccorrere e/o assistere in posizione seduta. È sempre consigliato utilizzare la sedia portantina in dotazione, in assenza è possibile utilizzare una sedia che si trova a casa della persona; bisogna comunque assicurare la persona con cinghie di sicurezza. La sedia portantina è in alluminio anodizzato leggero e maneggevole completa di leve posteriori per facilitare i volontari soccorritori durante l'utilizzo nei vani scala, e di due leve laterali scorrevoli e regolabili in lunghezza e altezza.

Un bloccaggio automatico permette l'apertura e la chiusura della sedia nella massima sicurezza. Una volta ripiegata l'ingombro si riduce al minimo. Si compone di n. 2/3 cinture a sgancio rapido per l'immobilizzazione della persona da trasportare; n. 2/4 ruote e tirante di sicurezza laterale che mantiene la sedia rigida in posizione aperta.

Tipi di servizi:	Ordinari (trasporto-infermi). Emergenza-urgenza.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Controindicazioni:	Nessuna se applicata in modo corretto.
Non utilizzare mai:	In caso di persone traumatizzate.

TECNICA DI POSIZIONAMENTO:

- verificare la solidità della sedia se non si utilizza quella in dotazione all'ambulanza;
- posizionare la persona sulla sedia;
- stabilizzare la persona mediante cinture di sicurezza;
- inclinare la sedia di circa 30° avendo cura di avvisare la persona;
- un volontario SARA solleva la sedia posteriormente, l'altro dalle gambe anteriori;
- entrambi procedono in maniera sincronizzata.

Per il trasferimento dal letto alla sedia, dalla sedia alla barella o al letto si veda il Capitolo 11 "Lo spostamento in sicurezza delle persone da trasportare".

3.TECNICA DEL TELO PORTAFERITI

Questa tecnica si utilizza ogni qual volta sia necessario trasportare una persona non traumatizzata in posizione distesa.
È particolarmente adatto per il trasferimento di persone lungo le scale e/o lungo percorsi stretti e non accessibili con altre attrezzature. Si utilizza un telo in materiale resistente e dotato di maniglie per consentire una presa sicura durante il trasporto su cui si adagiano le persone. Non utilizzare coperte, lenzuola ecc. in alternativa al telo portaferiti.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Tipi di servizi:	Ordinari (trasporto-infermi). Emergenza-urgenza.
Controindicazioni:	Nessuna se applicata in modo corretto.
Non utilizzare mai:	In caso di persone traumatizzate.

TECNICA DI POSIZIONAMENTO:

Volontario A Volontario B	a)	posizionare il telo accanto alla persona distesa, portando il bordo superiore di circa 4 dita oltre la testa della persona;
Volontario A Volontario B	b)	piegare a metà il telo nel senso della lunghezza;
Volontario A Volontario B	c)	ripiegare la metà superiore su se stessa avendo cura che le maniglie siano dirette verso la persona;
Volontario A	d)	ruotare la persona sul fianco tramite la tecnica del log roll afferrandola a livello delle spalle e dalle anche;

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Volontario B	e)	disporre il telo piegato sotto la persona avendo cura di far passare correttamente le maniglie al di sotto;
Volontario A	f)	riportare la persona in posizione supina;
Volontario B	g)	ruotare la persona sul fianco opposto tramite la tecnica del log roll afferrandola a livello delle spalle e dalle anche;
Volontario A	h)	tirare le maniglie una per volta in modo da distendere il telo sotto la persona;
Volontario B	i)	riportare la persona in posizione supina;

4. TECNICA DELLA BARELLA A CUCCHIAIO

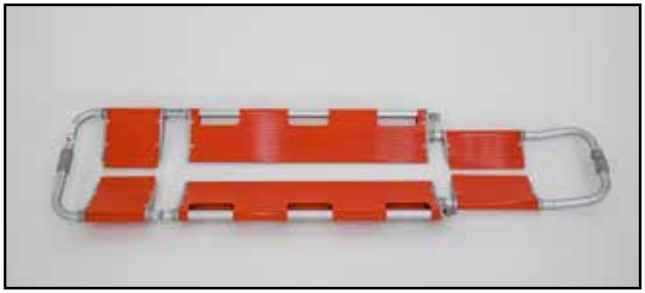
La barella a cucchiaio, detta anche barella a traumatica, è stata ideata con l'obiettivo di prelevare da terra le persone con possibili traumi, senza compiere movimenti attivi.

Viene utilizzata anche su persone non traumatizzate quando sia necessario "spostarle" e il telo porta feriti non sia utilizzabile (es. a causa di particolari patologie).

Si compone di una struttura metallica tubolare, con due "lame" o valve metalliche, separabili e regolabili a seconda della statura della persona. Ha una estensione minima di 166 cm e una estensione massima di 201 cm; pesa circa 9 kg, e ha una portata massima di 170 Kg.

Non è radiotrasparente, per cui va rimossa prima dell'esecuzione di esami radiologici (radiografie, TAC ecc.).

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte



L'utilizzo può risultare difficoltoso su terreni erbosi o accidentati. In caso di persona traumatizzata deve essere utilizzata come "strumento" per prelevare l'infortunato da terra e posizionarlo sulla tavola spinale per il fissaggio e la stabilizzazione definitiva per il trasporto.

Tipi di servizi:	Ordinari (trasporto-infermi). Emergenza-urgenza.
Controindicazioni:	Nessuna se applicata in modo corretto. N.B. In caso di trauma utilizzare per spostare la persona su tavola spinale.
Non utilizzare mai:	-

In caso di trauma un soccorritore deve posizionarsi alla testa e mantenere l'immobilizzazione manuale del capo della persona e coordinare gli altri soccorritori nel posizionamento della barella.

TECNICA DI POSIZIONAMENTO:

L'inserimento della barella a cucchiaio nei servizi di accompagnamento viene effettuata da due soli volontari in quanto le persone da trasportare non sono

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

traumatizzati, in caso di trauma bisogna seguire le procedure del 118.

Volontario A Volontario B	a)	posizionare la barella chiusa accanto alla persona (la parte più stretta dalla parte dei piedi);
Volontario A Volontario B	b)	allungare la barella chiusa, secondo la statura della persona;
Volontario A Volontario B	c)	separare le due lame o valve della barella, schiacciando l'apposito pulsante;
Volontario A Volontario B	d)	posizionare le due lame ai lati, senza passare sopra il corpo della persona;
Volontario A	e)	ruotare la persona sul fianco tramite la tecnica del log roll afferrandola a livello delle spalle e dalle anche;
Volontario B	f)	inserire la prima lama della barella a cucchiaio sotto il corpo della persona;
Volontario A	g)	riportare la persona in posizione supina;
Volontario B	h)	ruotare la persona sul fianco opposto tramite la tecnica del log roll afferrandola a livello delle spalle e dalle anche;
Volontario A	i)	inserire la seconda lama della barella a cucchiaio sotto il corpo della persona;
Volontario B	l)	riportare la persona in posizione supina;
Volontario A Volontario B	m)	chiudere la cucchiaio contemporaneamente dalle due estremità, oppure prima dalla parte della testa, badando che gli indumenti della persona non ostacolino la chiusura e che i ganci delle chiusure siano ben serrati;
Volontario A Volontario B	n)	stabilizzare la persona posizionando le cinghie; una agli arti inferiori (sopra il ginocchio), una sul bacino, una sul torace.

Una volta sulla barella a cucchiaio, si può posizionare la persona direttamente sulla barella autocaricante dell'ambulanza. In presenza di sospetto trauma la barella a cucchiaio viene utilizzata per trasferire la persona infortunata sulla

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

tavola spinale (dopo la barella cucchiaio deve essere rimossa).

4. TECNICA DELL'ASSE SPINALE

La tavola spinale rappresenta un sistema di raccolta, trasporto e immobilizzazione della persona traumatizzata, offrendo una maggiore stabilità e un mantenimento della posizione neutrale fisiologica della colonna vertebrale superiore a quella offerta dalla tradizionale barella atraumatica a cucchiaio.
Il fissaggio della persona alla tavola spinale mediante un sistema di cinture con agganci in velcro consente il sollevamento della persona anche in verticale in caso di condizioni ambientali difficili e la rotazione di 90° della persona su un fianco in caso di vomito. È compatibile con tutti i tipi di collare cervicale, con i quali si integra a formare il più avanzato sistema di immobilizzazione.

La tecnica dell'asse spinale e il posizionamento del collare cervicale sono tecniche specifiche dei servizi d'emergenza e urgenza, può comunque capitare (anche se raramente) che il volontario SARA debba applicare tali tecniche nel caso di patologie particolari o come supporto "occasionale" in soccorsi d'emergenza-urgenza.

CARATTERISTICHE
La tavola spinale è costituita da tre parti fondamentali:

1. **Tavola o asse:**
- è costituta da un unico pezzo di polietilene ad alta densità, che conferisce determinate caratteristiche quali rigidità e leggerezza, resistenza agli urti e alla corrosione, galleggiabilità e impermeabilità, radiotrasparenza;
- ha una lunghezza di 181 cm e una larghezza di 43 cm, spessore dai 5

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

ai 7 cm;
- pesa circa 9 Kg e ha una portata di 180 Kg.

2. Sistema di cinture:
- consente l'immobilizzazione completa della persona sulla tavola spinale e si adatta a ogni tipo di persona;
- i bloccaggi sono in velcro; alcuni tipi sono caratterizzati da colori differenti per facilitarne l'utilizzo;
- sono radiotrasparenti.

3. Fermacapo:
- studiato per assicurare una ottimale e, per quanto possibile, confortevole immobilizzazione del capo della persona traumatizzato;
- generalmente costituito da due blocchi di morbido materiale plastico, che si posizionano con sistema a velcro sulla base della tavola;
- due piccole cinture immobilizzano la fronte e il mento della persona;
- tutto il sistema è impermeabile, resistente a sangue e ai liquidi organici, facilmente lavabile con i comuni detergenti, radiotrasparente.

Tipi di servizi:	Ordinari (trasporto-infermi) – raramente.
Controindicazioni:	Nessuna se applicata in modo corretto. N.B. Utilizzare sempre con collare cervicale.
Non utilizzare mai:	-

TECNICA DI POSIZIONAMENTO

Prima di effettuare il posizionamento sulla tavola spinale devono essere messi in atto tutti gli altri accorgimenti per il trattamento dei traumatizzati: collare cervicale, immobilizzazione di eventuali fratture ecc. Il posizionamento sulla tavola spinale avviene tramite la barella a cucchiaio. Una volta posizionata la persona sulla tavola spinale:

a) posizionare il sistema di cinture a livello di spalle, torace, bacino, cosce,

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

gambe, senza stringere le cinture;

b) serrare e ricontrollare tutte le cinture;

c) posizionare il dispositivo di immobilizzazione del capo, fissando le due cinghie una all'altezza della fronte, l'altra sotto la mentoniera del collare cervicale.

IMMOBILIZZAZIONE CERVICALE MANUALE E POSIZIONAMENTO DEL COLLARE CERVICALE

La mobilizzazione cervicale manuale e il posizionamento del collare cervicale sono tecniche base che tutti i volontari devono conoscere. Non si può mai escludere che nell'espletamento dei servizi ordinari non si venga coinvolti in un servizio d'emergenza-urgenza, magari passando per caso sullo scenario o il coinvolgimento diretto in un incidente.

CARATTERISTICHE DEI COLLARI CERVICALI

I collari cervicali sono costituiti da una parte posteriore, che sostiene la nuca, che si fissa con chiusura a velcro sulla parte anteriore, che sostiene la mandibola.

Copia in consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

La parte anteriore del collare presenta un'apertura che consente la palpazione del polso carotideo. Sono costruiti in materiale radiotrasparente e disponibili in diverse misure, per adulti o bambini, permettendo un perfetto adattamento alle caratteristiche anatomiche di qualsiasi persona. Alcuni tipi di collari sono in un unico pezzo (tipo Stifneck); altri sono costituiti da due elementi separati (tipo Nec-Loc).

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

ASSEMBLAGGIO E MISURAZIONE DEL COLLARE

Per assemblare il collare, bisogna incastrare il bottone nero nella fessura corrispondente spingendo con forza. Per modellare il collare, si deve afferrare l'uncino di chiusura vicino all'apertura tracheale e fletterlo verso l'interno: in tal modo il collare si incurva e rende più semplice la sua applicazione.
Per stabilire la corretta misura del collare, si deve posizionare la testa della persona in posizione neutra di allineamento, quindi:

- posizionare la propria mano sulla spalla della persona e, con le dita, misurare la distanza che intercorre tra la fine della mandibola e la spalla;

- riportare tale misura sul collare misurando la distanza tra il bottone nero e la porzione inferiore della plastica rigida; la parte di plastica soffice non va misurata in quanto non contribuisce al supporto del collo.

TECNICA DI POSIZIONAMENTO

Prima di iniziare le manovre di immobilizzazione cervicale e il posizionamento del collare:
- osservare attentamente il collo della persona per riscontrare anomalie evidenti;
- rimuovere collane, orecchini, indumenti (cappotti, giacconi, maglioni ecc.);
- assicurarsi che i capelli non impediscano il posizionamento del collare;
- se cosciente, descrivere e spiegare alla persona le operazioni effettuate.

In qualsiasi posizione venga ritrovata la persona occorre, sospettando sempre una lesione a carico della colonna soprattutto cervicale, riportare e mantenere il segmento cervicale in asse.
La manovra di posizionamento del collare cervicale deve essere effettuata da

due soccorritori.

IL PRIMO VOLONTARIO SARA:

- si pone alla testa della persona;
- posiziona entrambe le mani lateralmente alla testa, sui padiglioni auricolari, impugnando solo le superfici ossee del capo, senza esercitare compressioni sui tessuti molli;
- immobilizza saldamente il capo della persona mantenendolo allineato al collo e al tronco senza esercitare alcuna trazione sulla colonna cervicale;
- mantiene l'immobilizzazione fino a quando il collare cervicale è posizionato.

Il SECONDO VOLONTARIO SARA, dopo aver scelto il collare di misura adeguata alla persona posiziona il collare:

Se la persona è in posizione seduta:
- posiziona in primo luogo la parte anteriore del collare, facendola scivolare fino a quando il mento non appoggia completamente sulla mentoniera;
- avvolge la parte posteriore del collare intorno al collo della persona;
- chiude il collare con la chiusura a velcro.

Se la persona è in posizione supina:
- posiziona in primo luogo la parte posteriore del collare, facendola scivolare sotto il collo della persona (è conveniente ripiegare all'interno la fascia di velcro, per evitare di trascinare terra, foglie, detriti ecc. e per evitare di impigliarla nei capelli);
- applica la parte anteriore del collare, modellandola fino a quando il mento non appoggia completamente sulla mentoniera;
- chiude il collare con la chiusura a velcro.

Se si utilizzano collari costituiti da due elementi (tipo Nec-Loc):
- si posiziona sempre, indipendentemente dalla posizione della persona, la parte anteriore del collare, fissandola con le cinghie di velcro;
- successivamente si posiziona la parte posteriore.

Dopo il posizionamento, prima di lasciare l'immobilizzazione cervicale manuale, bisogna sempre controllare che:

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

- la testa e il collo della persona siano in posizione neutra;
- il collare appoggi sulle clavicole della persona e il mento della persona sia ben posizionato sulla mentoniera del collare;
- sia consentita l'apertura della bocca;
- non vi siano ostacoli alla respirazione e alla circolazione del sangue (ossia il collare non sia troppo stretto).

Ulteriori approfondimenti sulla valutazione e il trattamento della persona traumatizzata sono previsti nel corso volontario soccorritore Allegato A. Corso rivolto ai volontari soccorritori addetti ai servizi d'emergenza-urgenza.

POSIZIONARE E ASSICURARE LA PERSONA SULLA BARELLA DELL'AMBULANZA

Esistono metodiche specifiche per spostare in sicurezza le persone da trasportare. Verranno trattate in specifico nel capitolo successivo. Capitolo 11 – Lo spostamento in sicurezza delle persone da trasportare. Prima di addentrarci nelle tecniche specifiche vediamo cosa il volontario SARA deve fare prima di spostare la persona e dopo averla posizionata sulla barella.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

PRECAUZIONI DA ADOTTARE PRIMA DI SPOSTARE LA PERSONA

Il volontario SARA prima di utilizzare qualsiasi metodica per spostare la persona deve adottare sempre le seguenti precauzioni:

PRECAUZIONE	GIUSTIFICAZIONE
Proteggersi con guanti monouso	Previene eventuali rischi infettivi
Togliere gli occhiali della persona	Evita rotture accidentali durante il trasferimento e relative lesioni
Togliere eventuali protesi dentarie instabili	Evita l'ingestione accidentale e il pericolo di ostruzione delle vie aeree superiori
Liberare (sistemare) infusioni, catetere, drenaggi	Il corretto posizionamento sulla persona di infusori, catetere, drenaggio evitano durante il trasferimento il rischio di fuori vena, lacerazioni, strappi ecc.
Sgombrare il passaggio da ogni oggetto che possa ostacolare il transito	La valutazione ambientale è il primo punto di un corretto approccio alla persona da assistere. Questa prevede anche l'analisi e lo studio dei percorsi da effettuare per trasportare la persona tenendo conto dei seguenti fattori, al fine di evitare "incidenti" durante il trasferimento: - scale e/o terreni accidentati, - ostacoli nel tragitto da percorrere, - scarsa stabilizzazione della paterna alla barella (cinghie, sponde ecc…), - oggetti e presidi non fissati adeguatamente sull'ambulanza

PRECAUZIONI DA ADOTTARE DOPO AVER POSIZIONATO LA PERSONA SULLA BARELLA

Una volta posizionata la persona sulla barella, prima di iniziare il trasporto il

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

volontario SARA deve assicurarsi di aver preso le seguenti precauzioni:

- coprire la persona, rimboccando le coperte per non lasciarle penzolare (conserva temperatura corporea, protegge dalle intemperie, salvaguarda l'intimità);
- stabilizzare la persona con cinture di sicurezza trasversali e/o con le spondine della barella;
- mantenere la persona al caldo, azionando il riscaldamento dell'ambulanza;
- sostenere psicologicamente la persona.

POSIZIONI DI SOCCORSO DA ADOTTARE PER IL TRASPORTO

- Il volontario SARA deve applicare la posizione di soccorso idonea alle condizioni e alla patologia della persona da assistere. Una volta valutato attentamente tutte le condizioni (valutazione ambientale, valutazione primaria e rivalutazione) deve adottare la posizione di soccorso più idonea alle condizioni della persona.

Principali posizioni di soccorso:

Posizione di soccorso	Descrizione
Posizione supina	Persona distesa su piano orizzontale
Posizione anti-shock	Persona distesa, senza cuscino, con gli arti inferiori sollevati di circa 30° dal piano orizzontale
Posizione semiseduta	Persona distesa con due o più cuscini sotto le spalle e la testa
Posizione laterale di sicurezza	Persona distesa su un fianco, con la testa in iperestensione

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Finalità di ogni posizione di soccorso situazioni cliniche che le richiedono:

Posizione di soccorso	Finalità	Situazioni cliniche
Anti-shock	Fornire il ritorno di sangue al cuore e al cervello	Perdita di coscienza temporanea, grave emorragia…
Semiseduta	Favorire la respirazione	Tutte le situazioni caratterizzate da difficoltà respiratoria e affaticamento (in assenza di trauma)
Laterale di sicurezza	Impedire il soffocamento conseguente alla perdita di coscienza o al percolo di rigurgito	Perdita di coscienza con respiro e circolo presenti. (In assenza di trauma)

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Capitolo 11

Lo spostamento in sicurezza delle persone da trasportare

Copia di consultazione
Copyright AMPS Piemonte

LO SPOSTAMENTO IN SICUREZZA DELLE PERSONE DA TRASPORTARE

OBIETTIVI

- Prevenire il mal di schiena adottando le corrette tecniche di spostamento della persona trasportata.
- Classificare le tecniche di trasferimento e adottare quella più idonea alle condizioni della persona.
- Spostare e trasferire la persona dalla e alla barella.
- Spostare e trasferire la persona dalla e alla sedia a rotelle.
- Spostare e trasferire la persona da e a un piano rialzato (tavolo di trattamento).
- Far fronte alla caduta di una persona che si sta accompagnando.

INTRODUZIONE

Il volontario SARA si trova spesso a dover trasferire le persone trasportate da un letto alla barella, da una sedia a rotelle a un letto e così via. Le tecniche per effettuare questi spostamenti devono essere applicate correttamente per due ragioni:

1. per la sicurezza della persona che si sposta;

2. perché il volontario, se non attua le corrette tecniche di trasferimento, può essere vittima di affaticamento e di dolori alla schiena.

Inoltre, accompagnando una persona che è in grado di camminare, si deve sempre essere pronti a far fronte a una sua caduta, che può verificarsi per l'aggravamento delle sue condizioni o anche solo per un incidente (pavimenti bagnati ecc.).

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

EVITARE IL RISCHIO DI MAL DI SCHIENA

La possibilità di incorrere in un mal di schiena o in altri dolori dovuti all'affaticamento è spesso sottovalutata dai volontari.
I compiti di chi trasporta persone inferme comprendono anche il sollevamento e altri gesti che alla lunga possono risultare in un affaticamento del volontario. È anche possibile che da un solo singolo gesto errato derivi l'insorgere di un forte mal di schiena, ad esempio dovendo spostare persone molto pesanti o che hanno difficoltà nell'aiutarsi negli spostamenti.
Conoscere a fondo le corrette tecniche per spostare le persone da un piano a un altro eviterà questi inconvenienti.
Il rischio può essere ridotto, oltre che con delle tecniche corrette di spostamento, anche seguendo alcune semplici regole sia durante il servizio sia nella vita di tutti i giorni.
Elenchiamo le principali:

1. Mantenere dritta la schiena. Restare piegati durante le comuni attività quotidiane porta certamente a un affaticamento della schiena.
2. Mai piegare la schiena per sollevare o porre a terra dei pesi. Si devono sempre piegare le gambe.
3. Dovendo spostare dei pesi è bene tenerli vicini al corpo.
4. È bene fermarsi, di tanto in tanto, e fare una pausa tra uno sforzo e l'altro.
5. L'attività fisica e l'esercizio, anche in quantità ridotte, sono comunque sempre una buona cosa. Non sono necessarie ore di palestra, ma è sufficiente anche una ridotta attività fisica come ad esempio fare le scale a piedi anziché prendere l'ascensore o fare delle brevi passeggiate.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Più specificamente, durante il servizio:

1. Usare il peso del proprio corpo e non la schiena quando si sposta una persona.
2. Tenere il corpo della persona che si sposta il più possibile vicino al proprio.
3. Chiedere aiuto se si pensa di dover affrontare uno sforzo troppo pesante.
4. Pensare a quali movimenti si faranno, prima di farli. È sempre meglio organizzare gli spostamenti e poi realizzarli.
5. Scegliere bene quali attrezzature usare. Talvolta la sedia a rotelle è più pratica e comoda della barella e altre volte è addirittura meglio spostarsi a piedi, compatibilmente con le condizioni della persona che si accompagna.

ANATOMIA DELLA COLONNA VERTEBRALE

Per comprendere meglio i rischi e le ragioni per cui si adottano alcune tecniche bisogna conoscere la struttura della colonna vertebrale.
La colonna vertebrale è costituita dalle vertebre che sono sovrapposte l'una all'altra.
Tra le vertebre sono posti dei cuscinetti (dischi) che assorbono le sollecitazione della colonna e la rendono flessibile.
Quando solleviamo le persone trasportate o facciamo degli sforzi tutto il peso si scarica sulla colonna vertebrale.
Per questo si deve cercare di tenere la schiena dritta. In questo modo lo sforzo sarà sostenuto dalla colonna e non dai muscoli, evitando affaticamenti e mal di schiena.
Se si mantiene a lungo una posizione scorretta i muscoli si affaticano e i dischi intervertebrali restano compressi, causando dolori.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

I MOVIMENTI

Oltre a mantenere una posizione corretta bisogna fare attenzione a come ci si muove e a come ci si gira.
In generale si deve cerare di mantenere la colonna in asse ed evitare torsioni e flessioni inutili.

Gli errori più fequenti sono i seguenti:
- tenere i pesi lontano dal corpo, perché ci costringe a sostenere il peso con i muscoli anziché con la colonna;
- puntare i piedi e ruotare la colonna. Il movimento corretto consiste nel fare piccoli passi laterali (come illustrato dalle due figure appena sopra);
- tenere le ginocchia tese. La posizione corretta prevede che le gambe siano leggermente piegate.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

GLI SPOSTAMENTI DAL LETTO ALLA BARELLA

Frequentemente il volontario dovrà spostare la persona da una parte a un'altra del letto per poterlo, in seguito, trasferire sulla barella o farlo comunque scendere.
La prima cosa da fare è, come sempre, descrivere alla persona quali movimenti si dovranno fare e spiegare come la persona stessa può aiutarci. In questo consiste la pianificazione dei movimenti di cui abbiamo già parlato. Se il volontario e la persona da spostare sanno esattamente quali movimenti si dovranno fare, l'intera operazione sarà veloce e sicura, sia per il volontario sia per la persona che si sta assistendo.
Un'altra regola generale è quella di spostare sempre prima le gambe e poi il resto del corpo. Lo sforzo verrà diviso in due parti e gli spostamenti saranno più agevoli.
La tecnica corretta per spostare una persona dal letto alla barella:

- Organizzare correttamente lo spostamento.
- Fare spazio nella stanza per consentire i movimenti.
- Togliere i cuscini, compatibilmente con le condizione della persona che si assiste.
- Posizionare il telo sotto la persona, facendola ruotare prima da un lato poi dall'altro.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

- Avvicinarsi al letto e, puntando bene a terra i piedi, trascinare il telo fino al bordo del letto. È sempre bene farsi aiutare da un altro volontario che, posto dal lato opposto al vostro, freni la corsa del telo.

- Avvicinare la barella al letto.
- Trascinare il telo sulla barella (è sempre bene farsi aiutare da un altro volontario che, posto dal lato opposto al vostro, freni la corsa del telo). Quest'ultima fase può essere svolta con piccoli spostamenti anziché in un colpo solo. Lo sforzo verrà così suddiviso in tanti piccoli sforzi.
- Mettere in sicurezza la persona legandola con le cinghie e sollevando le sponde della barella.

- Il telo, qualora risulti fastidioso, potrà essere rimosso. Se il telo non costituisce un fastidio conviene lasciarlo tra la persona e la barella perché in seguito vi

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

servirà per sposare la persona dalla barella a un altro letto o su un tavolo di trattamento.

GLI SPOSTAMENTI DAL LETTO ALLA SEDIA A ROTELLE

Anche in questo caso valgono le regole generali già viste:
- Descrivete quello che farete.
- Organizzate gli spostamenti concordandoli con la persona che assistete.
- Effettuate gli spostamenti partendo dalle gambe.

La tecnica corretta per spostare una persona dal letto alla sedia a rotelle è la seguente:

1) Organizzare correttamente lo spostamento;
   a) fare spazio nella stanza per consentire i movimenti;
   b) porre la sedia a rotelle vicino al bordo del letto, bloccandola con i freni.

2) Fate sedere la persona sul bordo del letto;
   a) partite dalle gambe, spostandole verso l'esterno del letto;
   b) aiutate a sollevare il busto della persona fino a che sarà seduta sul bordo del letto.

3) Accertatevi che la persona sia in condizione di proseguire. Il movimento veloce da sdraiato a seduto può talvolta provocare problemi alla persona che stiamo assistendo. Nel caso di problemi attendiamo qualche istante.

4) Facciamo alzare la persona;

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

a) la persona si aiuterà spingendo con le mani verso il basso, facendo perno sul bordo del letto.
b) il volontario metterà le braccia sotto le ascelle della persona che si assiste, abbassandosi sulle gambe e non piegando la schiena;
c) incrociare le mani dietro alla schiena della persona;
d) facendo forza con le gambe, si solleva la persona. Ricordate che più sarà vicino il peso al vostro corpo, minore sarà lo sforzo;
e) la posizione finale prevede che la persona sia in piedi, di fronte al soccorritore, il più vicino possibile l'uno all'altro. Una gamba della persona sarà tra le ginocchia del volontario.

5) Si ruota in modo da avere la schiena della persona in direzione della sedia.

6) Sempre facendo forza con le gambe, e senza piegare la schiena, si accompagna la persona fino a che non si sarà seduta. In questa fase è bene avere un secondo volontario che, stando dietro alla sedia, la terrà ferma e possa aiutare a sostenere la persona che si sta sedendo.

GLI SPOSTAMENTI DALLA SEDIA A ROTELLE A UN PIANO DI TRATTAMENTO O A UN LETTO

Nel corso del servizio, una evenienza molto frequente è l'accompagnamento di una persona verso le strutture sanitarie, al fine di effettuare esami radiologici o di altro genere. In questi casi il volontario si troverà a utilizzare la sedia a rotelle per gli spostamenti interni e dovrà, una volta raggiunta la destinazione, aiutare

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

la persona negli spostamenti dalla sedia a piani di trattamento (per radiografie, per trattamenti ecc.).
Le manovre sono semplici e consistono nell'aiutare e facilitare gli spostamenti della persona:

1) Avvicinare la sedia al tavolo di trattamento.

2) Bloccare la sedia con gli appositi freni.

3) Concordare i movimenti con la persona accompagnata.

4) Suggerire alla persona di mettere a terra i piedi in una posizione arretrata. I piedi dovranno toccare terra perpendicolarmente al bordo della sedia e non, come sembrerebbe naturale, in posizione più avanzata.

5) Tenere ferma la sedia mentre la persona si alza e, se necessario, aiutare la persona ad alzarsi.

6) Sostenere la persona mentre ruota verso il tavolo di trattamento.

7) Aiutare la persona a sedersi e poi a posizionarsi sul tavolo di trattamento.

Copia di consultazione
Copyright AIAS Piemonte

Questa stessa tecnica si utilizza nel passare dalla sedia a rotelle a un letto o a una barella.

In tutti questi casi occorre disporre, se il piano è alto, di una scaletta o sgabellino per facilitare il raggiungimento del piano.

COME AIUTARE LA PERSONA IN CASO DI CADUTA A TERRA

Quando accompagnate persone in grado di camminare dovete essere sempre pronti all'evenienza che questa inciampi o abbia delle difficoltà che la portino a cadere. In questo caso NON dovete tentare di sostenerne il peso, ma dovete accompagnarne la caduta. Sembra una scelta strana, ma le ragioni sono importanti:

- Innanzitutto il peso di una persona che cade a terra è quasi impossibile da sostenere.

- Lo sforzo richiesto può causare lesioni alla schiena del volontario.

- Si rischierebbe di franare entrambi a terra. Le persone da soccorrere diventerebbero due.

La tecnica consiste nell'accompagnare la caduta, rallentandola sostenendo la persona sotto un braccio e proteggendone la testa in modo che non urti contro le pareti o a terra. Una volta a terra occorre sincerarsi di eventuali conseguenze e occorrerà spostarle su di una barella o su una sedia a rotelle. Non dovete mai consentire a una persona che è caduta a terra, di proseguire a piedi.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

LA COMUNICAZIONE
E LA RELAZIONE D'AIUTO

Questo manuale è stato pensato per fornire alcune conoscenze e strumenti sulla relazione che è alla base del servizio d'accompagnamento: la relazione d'aiuto.
Partendo infatti dalla considerazione che l'operatore non deve solo possedere virtù innate, ma anche abilità e conoscenze acquisite si è cercato di creare una formazione il più possibile pragmatica.
La finalità è stata la volontà di trasmettere un metodo di approccio per l'intervento relazionale richiesto all'operatore in base alla specificità (creando cluster) della persona da assistere.
La prima parte del manuale si occupa della comunicazione, verbale e non, e delle caratteristiche della relazione d'aiuto; segue una parte sulla malattia e sulle modificazioni emotive e comportamentali che questa può causare nell'individuo.

La seconda parte è dedicata nello specifico ad alcune delle diverse figure che potranno essere accompagnate durante il servizio nei trasporti ordinari: i bambini e gli adolescenti, i disabili, gli anziani e i malati terminali.
Le tipologie di intervento verranno esaminate in ogni capitolo ed esposte le caratteristiche della fase evolutiva che i soggetti stanno attraversando.
Seguirà una parte dedicata ai sentimenti che l'operatore può trovarsi a vivere interagendo con la persona che vive il disagio.
Ogni capitolo termina con alcune linee guida generali sulle modalità di relazione.

L'ultima parte è infine dedicata alla gestione emotiva dell'operatore, al carico di sofferenza che può impattare su di lui e agli atteggiamenti da mettere in atto per proteggersi.

Questo testo non fornirà la bacchetta magica o la giusta ricetta per l'interazione tra individui in situazioni difficili, ma porrà l'attenzione sulla sensibilità, le qualità personali e l'empatia dell'operatore sensibilizzando ognuno sulle conoscenze che sono frutto dell'esperienza con l'altro.

Gli autori

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Capitolo 12

La comunicazione

"Non si può non comunicare"
Paul Watzlawick

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

IL CONCETTO DI COMUNICAZIONE

Che cosa significa comunicare? Tutta la realtà, o almeno tutta la realtà umana e sociale, appare oggi naturalmente comunicativa. La difficoltà di definire la comunicazione nasce proprio dal fatto che le caratteristiche comunicative attribuite a ogni aspetto della società sono ampie. Così lo studio della comunicazione può essere effettuato secondo una molteplicità di prospettive che danno luogo a svariati concetti.
Iniziando dall'analisi del termine:

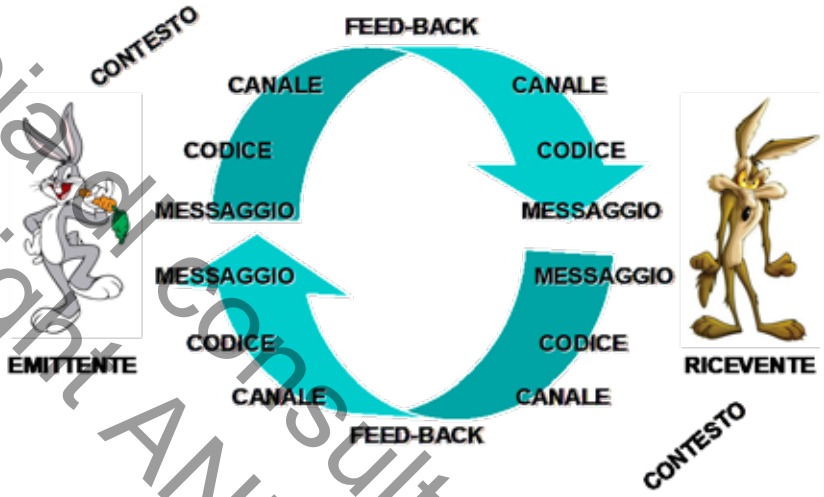
COMUNICAZIONE	COMUNICARE
PARTECIPAZIONE TRASMISSIONE	RENDERE COMUNE AD ALTRI - FAR PARTECIPARE

Sono 3 i principi su cui si fonda la comunicazione:

1. **SI COMUNICA SEMPRE** in qualsiasi situazione in cui ci si trova in presenza di un altro individuo anche se non esiste la volontà di farlo;

2. **LINGUAGGIO NON VERBALE E CONTESTO** influenzano pesantemente il significato del messaggio;
3. **ESISTE SEMPRE UN RAPPORTO CAUSA-EFFETTO** ogni comunicazione produce un'influenza sul comportamento altrui.

Dal concetto di trasmissione di informazione è così nato il modello del "Paradigma trasmissivo" (Shannon e Weaver), fondamento intorno a cui il concetto di comunicazione ha ruotato per decenni:



Tale schema individua sei elementi fondamentali che sono la **fonte (emittente)**, da dove si dipana il messaggio, il **messaggio** stesso, il **canale** attraverso cui viene diffuso, il codice la forma del mio messaggio (es. inglese piuttosto che italiano), il **ricevente** e il **feedback** ovvero il "messaggio di ritorno", la reazione del ricevente. Ma anche i modelli comunicativi hanno avuto e continuano ad avere un'evoluzione e lo stesso concetto di informazione, nel suo rapporto con quello di comunicazione, è stato superato, in quanto limita notevolmente quest'ultima relegandola nella semplice attività di trasmissione di informazioni e ricondotto non più alla nozione che viene comunicata, bensì al **processo della comunicazione.**

Superare la trasmissione significa liberare la comunicazione dalla supremazia di chi ha facoltà di trasmettere per passare all'**interazione**. Ogni aspetto del comportamento sociale apparentemente banale è una forma di interazione e, perciò come tale comunicativa. L'interazione sociale prevede numerose forme di comunicazione, dalla conversazione (**comunicazione verbale**) alle espressioni del volto (**comunicazione non verbale**), dalla distanza che intercorre tra i

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

due soggetti comunicanti (**prossemica**) al linguaggio del corpo (**postura**).
La comunicazione è, quindi, ciò che un osservatore vede come interazione a doppia contingenza, uno stato dinamico.
Questa definizione permette di superare la visione monologica a cui porta il paradigma trasmissivo (comunicazione= trasmettere informazioni), che considera il momento centrale del processo comunicativo *l'atto del comunicare* (l'emissione), per recuperare la **comprensione** come atto centrale e, quindi, il saper ascoltare aprendosi all'Alter e facendo della comunicazione un atto sociale.

Alla luce di queste considerazioni lo schema del processo comunicativo varia, e, da semplice scambio di informazioni tra fonte e ricevente regolato dal feedback ridisegna i confini comunicativi tra soggetti: essi nel gioco di interazioni creano un dominio consensuale che non è altro che un gioco tra sistemi organizzati secondo un processo causale chiuso che consente al sistema di evolvere.

Perciò nello stato dinamico delle interazioni che è la comunicazione, l'interagire supera la dimensione di pura "volontà" e produce un dominio di interazioni ricorrenti - dominio consensuale - che nascono da un'unione tra due sistemi individuali.
Dunque, il paradigma interattivo descrive il processo comunicativo innanzitutto come interazione, rinforzata dall'evoluzione tecnologica, facendo sì che la comunicazione si stacchi sempre più dalla relazione materiale, quindi dai vincoli spazio-temporali, per divenire interattività allo stato puro.
Parlare di comunicazione e tecnologia significa ricomprendere all'interno di una dimensione sociale le tecnologie per le loro caratteristiche interattive. L'interazione tecnologica non è altro che l'imitazione da parte di una macchina dell'interazione che contempla tra i suoi scopi quello di comunicare. È questo il caso della comunicazione interpersonale mediata, che svincola l'interpersonalità dalla forma di comunicazione faccia a faccia.
Infatti in un approccio comunicativo tecnologico la comunicazione necessita di essere generalizzata, svincolata dal faccia a faccia, e perciò interazione al di là dei confini fisicamente determinati. questo un processo di virtualizzazione rispetto ai limiti del "qui e ora" e della corporeità del singolo.

Copia di consultazione
Copyright AMPS Piemonte

LE FORME DI COMUNICAZIONE

Le forme di comunicazione sono 3:

1. **VERBALE**
2. **PARAVERBALE**
3. **NON VERBALE**

VERBALE

- LA SCELTA DELLE PAROLE
  (attenzione a inglesismi, tecnicismi, sigle)
- IL LINGUAGGIO E I SUOI SIGNIFICATI
- L'ESPOSIZIONE
  (struttura della frase e del messaggio, grammatica, chiarezza espositiva)

PARAVERBALE

La comunicazione paraverbale si riferisce a tutte quelle componenti di contorno alla comunicazione verbale, quali:

- *Tono:* variazione della tensione delle corde vocali: può esprimere forza, gioia, stanchezza, noia, tristezza,…
- *Sonorità:* più o meno squillante; più o meno grave
- *Dizione:* mangiare le parole, scandire le sillabe
- *Tempo:* la rapidità dell'eloquio è spia delle emozioni
- *Volume:* parlare a bassa voce o urlare
- *Ritmo:* enfatizzare l'una o l'altra parola

N.B: "Il sorriso si sente!" – In una comunicazione telefonica, dove non si ha comunicazione "viso a viso", si percepisce ugualmente l'umore dell'interlocutore.

IL SILENZIO

In questa forma di comunicazione diventa determinante il ruolo del silenzio. Se ne hanno sei tipologie:

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

1. **silenzio interlocutore** permette all'emittente di comunicare ed è la premessa dell'ascolto e della comprensione
2. **silenzio intolleranza** dimostra chiusura, la volontà di non sentire l'interlocutore
3. **silenzio protesta** estremo rifiuto di una relazione comunicativa inaccettabile
4. **silenzio interno** alla parola pausa che permette ai suoni di articolarsi
5. **silenzio pre-espressivo** quel momento di vuoto e di esitazione che precede l'inizio dell'emissione
6. **silenzio mistico** categoria lontana dalla comunicazione che permette di entrare in comunione con il tutto svuotando la mente

IL RUMORE

L'opposto del silenzio non è il linguaggio, ma il rumore: il disturbo disordinato del canale che rende impossibili sia le funzioni del linguaggio che quelle del silenzio.

NON VERBALE
- CINESICA = espressioni realizzate attraverso il corpo
- PROSSEMICA = modo di collocarsi nello spazio
- PARALINGUISTICA = qualità della voce, ritmo, volume
- ABBIGLIAMENTO

La comunicazione non–verbale si suddivide in:

1. CINESICA
2. PROSSEMICA

1. All'interno della **Cinesica** si individuano:
- contatto fisico
- orientamento
- aspetto
- postura
- movimenti che esprimono stati d'animo e personalità

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

- cenni del capo
- espressioni del capo
- gesti (gesti illustratori, gesti convenzionali, movimenti)
- sguardo

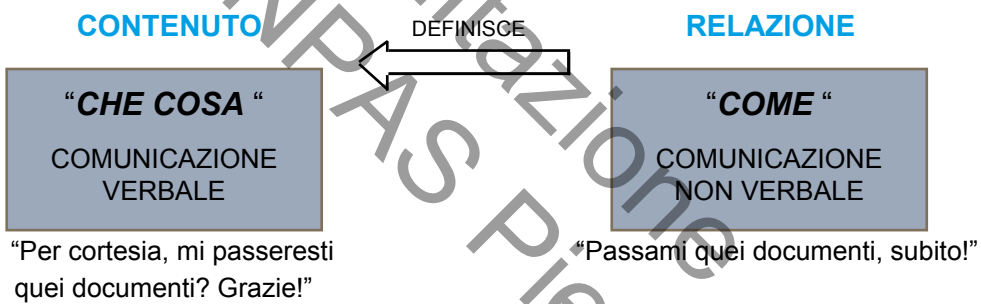
2. La **Prossemica**, invece, fornisce una categorizzazione della distanza che intercorre tra individui:

- distanza intima (cm 15-45): entrano in gioco gli apporti sensoriali – olfatto, calore ecc.
- distanza personale (cm 45-120): determinata dal dominio fisico
- distanza sociale (cm 120-360): le relazioni impersonali
- distanza pubblica (cm 360-750): in qualsiasi occasione pubblica

LA STRUTTURA DEL MESSAGGIO

In ogni messaggio che si emette si possono distinguere 2 livelli:

1. IL CONTENUTO l'informazione vera e propria che trasmetto, il che cosa
2. LA RELAZIONE il come trasmetto



La relazione rende efficace l'atto comunicativo: lo stesso contenuto emesso con tipologie di relazione diverse provoca feedback diversi.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

RELAZIONE CONTENUTO	+ +	**ACCETTAZIONE**
RELAZIONE CONTENUTO	+ -	**NON ACCETTAZIONE**
RELAZIONE CONTENUTO	- +	**SQUALIFICA**
RELAZIONE CONTENUTO	- -	**NON COMUNICAZIONE**

Inoltre gli scambi di comunicazione possono essere SIMMETRICI o COMPLEMENTARI a seconda che si fondino sull'uguaglianza o sulla differenza.

SIMMETRICA

Basata sull'uguaglianza dei piani: se questa interazione diventa competitiva gli interlocutori vivono come disaccordo sui contenuti una divergenza sulla relazione.

COMPLEMENTARE

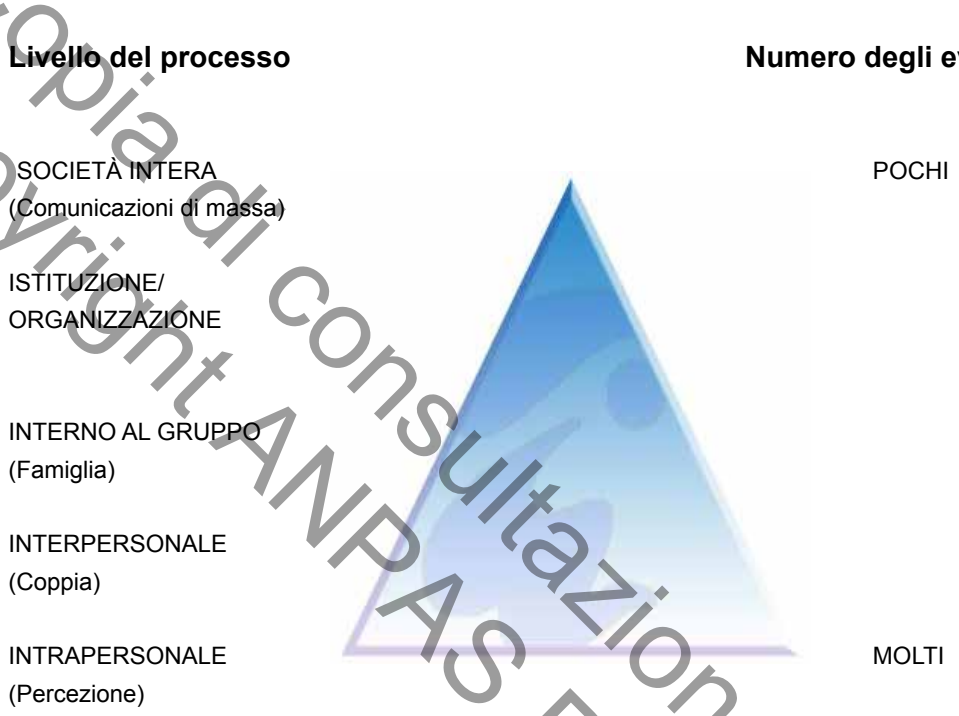
La persona in posizione dominante dà consigli, suggerimenti, ordini, critiche, ecc.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

IL CONTESTO RELAZIONALE

Il contesto relazionale si sviluppa su più livelli a seconda dell'ampiezza del processo comunicativo e del numero degli eventi comunicativi.

Il grafico a seguire rende più semplice e comprensibile il concetto:



La relazione si sviluppa attraverso un percorso i cui confini sono delineati da due momenti precisi:

1. FASE DI APERTURA
2. FASE DI CHIUSURA

1. Come inizia una relazione? Con alcune mosse di apertura che:

- TRASMETTONO LO STATO D'ANIMO DEGLI INTERLOCUTORI
- SPESSO SONO STANDARD
- DEFINISCONO LA RELAZIONE

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

2. Come si conclude una relazione?

- LASCIANDO IL SAPORE DELL'INCONTRO

FASE DI APERTURA

FARE	EVITARE
DA ATTUARSI SEMPRE	AGGRESSIVITÀ - NOIA
LA POSTURA IN POSIZIONE DI ASCOLTO	SCENE DI ESAGERATA FAMIGLIARITÀ
SGUARDO DIRETTO	FORMULE TROPPO BREVI
ATTENZIONE AL TONO	...O TROPPO LUNGHE
PAROLE CHIARE	

FASE DI CHIUSURA

FARE	EVITARE
È UN MOMENTO IMPORTANTISSIMO	DI FARLA PERCEPIRE COME UNA FUGA
BISOGNA ESSERE ANCORA ORIENTATI VERSO L'INTERLOCUTORE	DI FARSI DISTRARRE
TONO GIUSTO	

ALCUNI "CONSIGLI" PER MIGLIORARE LA CAPACITÀ COMUNICATIVA

1. DISPONIBILITÀ AD APRIRSI ALLA TRASPARENZA
2. GESTIONE DEI CONFLITTI (ASSERTIVITÀ, CONFRONTO LEALE, SAPER NEGOZIARE)

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

3. ASCOLTO ATTIVO
4. I COPIONI
5. GESTIONE DELLE DIFFERENZE CULTURALI
6. GESTIONE DELLE DIFFERENZE DI GENERE

1. Nulla è più efficace per facilitare l'apertura e la trasparenza da parte dell'inter- locutore che fare il primo passo: per esempio facendo riferimento alla propria esperienza personale, talvolta a sentimenti ed emozioni.

2. La gestione dei conflitti è facilitata e si esprime attraverso tre atteggiamenti:

- L'assertività, ossia il saper difendere i propri diritti continuando a rispettare quelli degli altri. Saper difendere le proprie ragioni senza affermare che i pen- sieri altrui sono irragionevoli attraverso alcune strategie:
il disco rotto (ripetere insistentemente le proprie affermazioni o richieste di fronte alla rigidità altrui), il passaggio dal contenuto al processo (es.: "Sospen- diamo un attimo, ogni volta si arrabbia, è un problema da risolvere serena- mente. Perché fa così?), il prendersi una pausa (non è sempre obbligatorio rispondere subito), l'interrompere (quando la conversazione prende una pie- ga improduttiva).
- Il confronto leale che fa del conflitto un'occasione di chiarimento e arricchi- mento;
- Il saper negoziare, ovvero l'esser capace di condurre trattative in modo pro- duttivo sapendo separare le persone dal problema, comprendendo il punto di vista altrui (empatia), esplicitando il problema in termini di interesse comune, elencando le opzioni.

3. L'ascolto attivo presuppone:
   1. essere disponibili
   2. essere presenti e solleciti positivamente
   3. essere curiosi
   4. manifestare l'interesse (non interrompere; non distrarsi)
   5. capire cosa vuole comunicare l'interlocutore
   6. capire a quale scopo lo sta comunicando
   7. sospendere i giudizi di valore

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

4. Il copione assolve la funzione di costituire e preservare una propria posizione-collocazione nel "mondo". Attraverso i copioni si gestiscono insicurezze e inadeguatezze. Sono stati classificati alcuni tipi di copione:

IO SONO BRAVO
IO SONO BRAVO E TU NO
TU SEI BRAVO, IO NO
NON HO COLPA
SONO FRAGILE
SONO UN DURO
LO SO GIÀ

5. La gestione delle differenze culturali non è altro che l'accettazione dell'esistenza di differenti culture.

6. La gestione delle differenze di genere: diversità comunicative tra uomini e donne.

ALCUNE "CAUSE" DEGLI ERRORI DI RICEZIONE

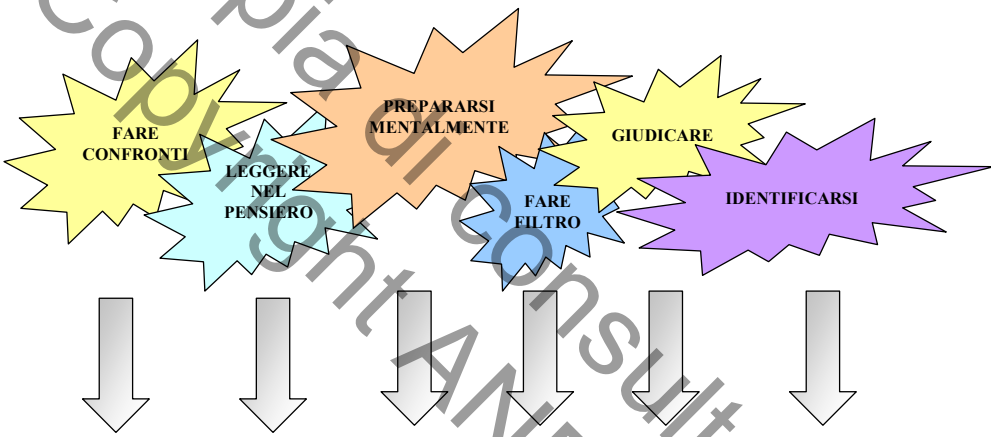
1.	L'IDEA DI SÉ DEL DESTINATARIO – (Il destinatario utilizza l'immagine che ha di sé come chiave di interpretazione per il messaggio che riceve)
2.	L'IMMAGINE CHE IL DESTINATARIO HA DEL MITTENTE – (Il modo di vestire, il sesso, l'età e alcuni comportamenti permettono di "classificare"la persona e ciò influenza la comunicazione)
3.	SATURAZIONE – (Troppi messaggi simultanei abbassano in modo drastico le possibilità di ricezione)
4.	DISTRAZIONE – (La noia dovuta alla qualità del messaggio o a una sua monotona ripetizione abbassa i livelli di attenzione)

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

5. PRESENTAZIONE CONFUSA – (I punti da trattare vengono esposti in modo disordinato e mal connesso)
6. DEMOTIVAZIONE – (Mancanza di interesse o curiosità per i contenuti della conversazione)
7. PREGIUDIZI/STEREOTIPI – (Opinioni preconcette generalizzate su persone o gruppi sociali, che condizionano la posizione dell'interlocutore)
8. INTERFERENZE AMBIENTALI – ("Rumore di fondo" che disturba la corretta comprensione del messaggio)
9. INTERFERENZE EMOTIVE – (Pensieri di altra natura che ostacolano la ricezione e la comprensione dei messaggi)

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

PRINCIPALI BARRIERE ALLA COMUNICAZIONE



Chiedersi se l'interlocutore è più o meno bravo di noi	Chiedersi cosa c'è dietro a ciò che ci viene detto	Volgere l'attenzione a cosa risponderemo	Selezionare solo poche cose che ci interessano	Ascoltare e non ascoltare sulla base di un'idea che già si ha	Ricondurre a sé tutto

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Zenone diceva: noi abbiamo due orecchi e una bocca perché dobbiamo ascoltare due volte di più di quanto parliamo.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Capitolo 13

La relazione d'aiuto

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

LA RELAZIONE SOCIALE

L'individuo, in quanto essere sociale, è interconnesso a una fitta rete all'interno della quale crea rapporti e relazioni, interagendo con gli altri elementi del sistema.
Si definisce relazione sociale il contatto, il legame, la connessione tra due o più soggetti individuali o collettivi, tale che, essendo noto uno stato o un comportamento di uno dei soggetti è possibile inferirne, approssimativamente, lo stato o il comportamento corrispondente dell'altro soggetto.
Si parla di relazione sociale quando:

- le persone coinvolte sono consapevoli del legame che esiste tra loro (dominio consensuale)
- si riferisce a persone o a piccoli gruppi
- implica la presenza, la vicinanza sensibile o l'immagine propria del soggetto con cui si è in relazione

Esiste una classificazione delle relazioni sociali che interessa le seguenti tipologie:

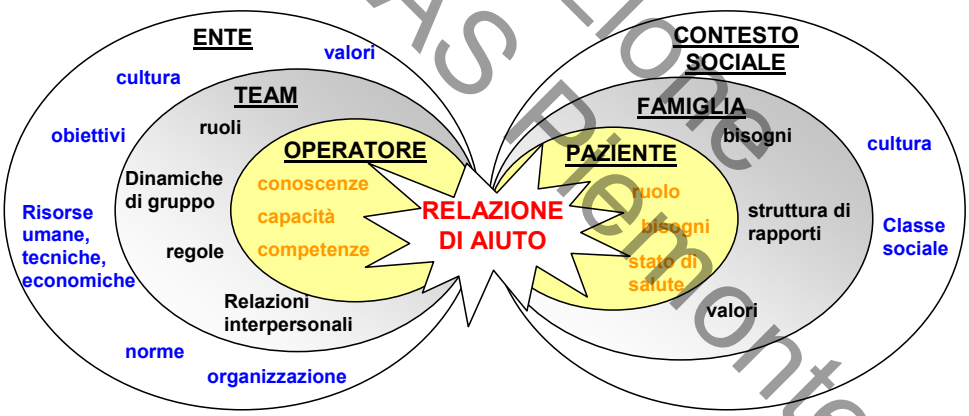
• IL CONFLITTO

• L'AIUTO/SOLIDARIETÀ

- L'ANTAGONISMO
- LA COOPERAZIONE
- IL DOMINIO
- IL POTERE
- L'AUTORITÀ
- LA LEADERSHIP

LA RELAZIONE DI AIUTO

La relazione di aiuto, dunque, è un tipo di relazione sociale che implica l'interazione tra un individuo o un gruppo con un altro soggetto, con un atteggiamento di comprensione, di comunicazione empatica e di assistenza. In ambito socio-assistenziale, la relazione di aiuto è un sistema complesso in cui interagiscono due soggetti (l'operatore e il paziente) all'interno di due macro contesti precisi (l'Ente e il contesto sociale) e, di due micro contesti (il team e la famiglia).



Affinché la relazione di aiuto sia uno strumento efficace ed efficiente per l'operatore nei confronti del paziente deve divenire un metodo di approccio che tenga conto delle seguenti variabili:

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

1. IL PAZIENTE VIVE UNA CONDIZIONE DI DISAGIO: **LA MALATTIA**
   Condizione in cui esiste una frustrazione dei bisogni umani a livello fisico (malessere – deficit); psicologico (sicurezza – autonomia – autostima); sociale (supporto – integrazione – senso di appartenenza).

2. L'OPERATORE DEVE POSSEDERE **COMPETENZE** SPECIFICHE
   Il ruolo dell'operatore prevede conoscenze (sapere), capacità (saper fare) e qualità (saper essere) che si sviluppano attraverso:

   • LA MOTIVAZIONE

   • L'ASCOLTO ATTIVO

   • L'ATTEGGIAMENTO EMPATICO

   • L'AUTOCONSAPEVOLEZZA

   • L'ACCETTAZIONE NON GIUDICANTE

   • LE COMPETENZE TECNICHE

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Capitolo 14

I concetti di salute, malattia e adattamento delle persone

Copia di documentazione
Copyright INPAS Piemonte

Compiti: definire due concetti importanti nell'ambito della relazione d'aiuto come salute e malattia; analizzare alcune possibili reazioni delle persone di fronte alla malattia.

Introduzione*:* dopo una definizione dei concetti di salute e malattia verranno descritte le fasi che caratterizzano l'evoluzione degli eventi nella persona malata per poi considerare i sentimenti che si possono provare nella relazione d'aiuto.

SALUTE E MALATTIA

In questo ambito non si vuole spiegare in modo preciso il significato di "salute" e "malattia", in quanto sarebbe come voler definire concetti quali giusto e sbagliato, normale e deviante.
L'intento è quello di delimitare un po' di più il contesto di tali situazioni, facendo riferimento alla cultura della società in cui viviamo.

Il concetto di “salute” si è evoluto nel tempo e, nella nostra realtà, si è ampliato al concetto più ampio di “Benessere”. L’OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) parla, infatti, di salute come “benessere psico-fisico-sociale” allargando perciò l’idea di “salute” a più contesti (non solo assenza di problemi fisici) e inserendo una valenza relazionale secondo cui “la nostra salute è in relazione anche al contesto che ci circonda e con il quale ci confrontiamo”.

Ognuno di noi probabilmente avrà la propria sfumatura riguardo al concetto di “agio” e “disagio”, di “dolore” e “benessere” e ciascuno avrà una sua idea di come ci sia un costante e reciproco influenzamento rispetto le nostre forze, le capacità personali, e i rapporti che instauriamo con l’ambiente che ci circonda. I nostri problemi e i limiti acquisteranno, pertanto, un “peso” diverso che dipenderà da molteplici fattori tra cui: la natura del problema, le risorse individuali e sociali, i rapporti familiari, amicali e lavorativi ecc. Tutti i nostri sforzi dunque dovranno essere volti a garantire, nei limiti del possibile, un approccio attento non solo allo stato di salute fisica del soggetto, ma anche al suo contesto affettivo e relazionale.
In Francia, ad esempio, grazie ad una ricerca condotta da Claudine Herlzlich è risultato che gli individui a seconda della loro appartenenza sociale e provenienza culturale si “rappresentano” la salute e la malattia in modo differente. Sono così emerse almeno tre nozioni di salute:

1. la salute come **essere**
2. la salute come **avere**
3. la salute come **comportamento**

Nonché tre diversi tipi di nozione di malattia corrispondenti ai modi in cui viene pensato il rapporto tra individuo e società.

IL VALORE ATTRIBUITO ALLA MALATTIA

I tre tipi di spiegazione di malattia individuati dalle ricerche di Herzlich sono:

1. malattia come **distruzione**
2. malattia come **liberazione**
3. malattia come **mestiere**

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

SALUTE	MALATTIA
essere	distruzione
avere	liberazione
comportamento	mestiere

Vediamoli nel dettaglio:

1. il sentirsi malato può comportare l'annientamento sia sul piano personale sia su quello relazionale; la tendenza può essere quella di negare la malattia, intesa come minacciosa e destrutturante e perciò di rifiutare il medico e le cure o, di accettarle passivamente;

2. la malattia può venire vissuta in senso positivo, come un evento eccezionale che rompe la routine quotidiana e che permette alla persona di esprimere aspetti della sua personalità e bisogni, generalmente sacrificati in condizioni di salute;

3. la situazione di malattia diventa parte integrante della propria vita e della propria personalità: i soggetti accettano la malattia, sviluppando modalità che consentono loro di aderire al nuovo ruolo e trovare nuove forme di adattamento alla vita sociale.

In ogni caso, molto spesso, il pensiero e il comportamento delle persone rispetto alla propria malattia non è aderente alla realtà e questo in linea generale può originare due opposte modalità di approccio:

- **Sopravvalutazione**: in questo caso si tende a considerare la situazione molto più grave di quella che è. È probabile che il malato presenti delle reazioni di ansia e di panico, mostrandosi spaventato e irritabile; farà continuamente domande a tutti coloro che gli sono intorno, non riuscendo tuttavia a essere mai rassicurato dalle risposte ricevute. La richiesta di aiuto e sostegno nell'affrontare la situazione sarà estrema e la condizione di dipendenza verrà accentuata.

- **Sottovalutazione**: in questo caso la persona vive la propria condizione di malattia in modo superficiale, considerando la situazione sempre risolvibile con facilità. Ci potrà essere la tendenza a sdrammatizzare e a negare lo stato reale delle cose non riuscendo a cogliere e a comprendere l'effettiva gravità

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

della situazione. La persona potrebbe non riuscire a seguire in modo corretto le prescrizioni del medico, rischiando in questo modo di complicare e compromettere lo stato di malattia.

LE REAZIONI DELLA PERSONA ALLA MALATTIA

Ciascuno di noi affronta e reagisce alla malattia in modo strettamente correlato con la "rappresentazione sociale" che possiede della stessa (**rappresentazione sociale** = teorie ingenue, proprie del senso comune, che esprimono sistemi di valore, convinzioni e norme di comportamento, con una duplice funzione: organizzare la percezione del mondo e servire da codice condiviso per la comunicazione e gli scambi interpersonali – Moscovici S.-), in base al proprio modo di reagire, al proprio modello culturale, alle proprie esperienze di vita.

Il concetto di rappresentazione sociale è fondamentale per comprendere perché è necessario articolare un processo di comunicazione costruttiva tra operatore e malato, co-creando una storia comune e una relazione autentica.

Troppo spesso gli operatori considerano errate e frutto di ignoranza le rappresentazioni sociali della malattia-salute di cui sono portatrici le persone non esperte. Si tratta di un atteggiamento pregiudizievole e poco utile per le seguenti ragioni:

- perché, anche se fossimo autorizzati a catalogarle come frutto di ignoranza, tali rappresentazioni sociali strutturano comunque l'atteggiamento mentale delle persone e dunque il loro comportamento;

- perché l'operatore è "portatore di rappresentazioni sociali" non necessariamente e totalmente scientifiche bensì legate **a degli stereotipi, a dei pregiudizi**, alla proprie esperienze personali, professionali, allo status economico, alla cultura della classe sociale;

- perché non è detto che, su alcune questioni, le rappresentazione sociali delle persone ignoranti non risultino, alla fine, più scientifiche delle convenzioni sostenute in un certo momento storico.

Nel tentativo di facilitare il processo di comunicazione tra operatore e malato si può cercare di schematizzare le fasi che ognuno può vivere.

È importante ricordare che si tratta di uno schema utile unicamente per poter individuare i diversi momenti che vive la persona e che non si tratta di una se-

Copia di consultazione
Copyright ANP As Piemonte

quenza rigida e obbligatoria.

• ***Prima fase***: si tratta del momento iniziale in cui la persona, in seguito ad accertamenti medici, viene informata circa lo stato attuale della malattia. In genere è un momento delicato in cui l'individuo non riesce a comprendere bene quanto gli viene comunicato. La persona in questo primo momento potrà avere una reazione di shock non riuscendo a credere a quello che si sente dire; questa reazione sarà più intensa in base alla reale gravità dello stato delle cose.

• ***Seconda fase***: in questa fase la persona tenta di reagire alla situazione; per quanto possa ancora essere incredula, comincia ad affrontare le terapie e le procedure mediche. È probabile che lo stato d'animo e i vissuti siano contrastanti, ed è facile che la persona si senta confusa alternando a volte momenti di rabbia, paura, e disperazione a momenti in cui, al contrario, appare tranquilla e fiduciosa rispetto all'evoluzione della malattia.

• ***Terza fase***: può essere anche questo un momento molto difficile e doloroso: si tratta infatti di elaborare e provare ad accettare la situazione. Il soggetto inizia a ridimensionare le sue aspettative future in base alla gravità del suo stato fisico. In questa fase è indispensabile provare a dare un senso a ciò che è accaduto.

• ***Quarta fase***: questa fase coincide con una sorta di riorientamento, di adattamento alla situazione. La persona deve cercare di collocarsi in una nuova dimensione, diversa da quella esistente prima della comparsa dei sintomi della malattia. Come la precedente, è questa una fase molto critica soprattutto per quanto riguarda la sfera emotiva e psichica dell'individuo. È possibile che vi siano momenti di frustrazione e di sconforto legati all'impossibilità di riuscire a svolgere bene e autonomamente tutto quello che prima sembrava semplice e banale.

COSA PUÒ SUSCITARE IN NOI LA MALATTIA

Affrontare una malattia non è facile per nessuno, né per la persona colpita in prima istanza, né per coloro che ruotano attorno a questa. È molto probabile che relazionarsi con una persona in questa situazione scateni sentimenti di timore, incertezza e paura. È possibile che si cominci a pensare alla malattia

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

in termini generali, identificandosi nella stessa situazione e sperimentando gli stessi vissuti.
Viste queste premesse è utile reagire mantenendosi in una posizione in cui si possa essere realmente di conforto e vicini all'individuo senza però farsi troppo coinvolgere, con quello che abbiamo in precedenza chiamato "atteggiamento empatico".
È importante non spaventarsi di fronte allo stato di malattia e saper accettare i propri limiti: spesso non è possibile cambiare il corso degli eventi, non siamo invincibili e onnipotenti.

Alcune delle reazioni che potremmo avere potrebbero essere:

- Timore
- Incertezza
- Paura
- Disagio
- Senso di frustrazione e di impotenza/senso di onnipotenza
- Senso di inadeguatezza
- Sovraccarico fisico ed emotivo

È utile saper riconoscere e accettare questi vissuti, anche quando non ci sembrano giusti. Saper accettare i propri limiti è parte integrante e fondamentale per l'operatore.

COME RELAZIONARSI CON UNA PERSONA MALATA

Il modello psicosociale incoraggia la comunicazione, l'autonomia, la responsabilità e la partecipazione attiva delle persone malate.
Aiutare l'individuo a meglio gestire e vivere la propria malattia è l'obiettivo centrale.
A tal proposito sono importanti alcuni meccanismi:

1. ***Coping***: tentativi mentali e comportamentali che un soggetto mette in moto e dimostra per far fronte a una situazione nuova, da lui percepita come stressante, sforzandosi di reagire a essa;

2. ***Compliance***: l'ubbidienza più o meno accentuata alle indicazioni prevenzionistiche e alle prescrizioni;

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

3. Sindrome di Burnout: ovvero del “bruciarsi”

Non è sicuramente semplice relazionarsi serenamente con una persona che soffre e che è spaventata per la sua condizione di malattia. In questa relazione bisognerebbe riuscire a sostenere e confortare colui che soffre in modo sereno cercando di trascorrere con semplicità e armonia il tempo insieme.

Questo non significa che si debba sminuire la gravità della situazione o estremizzarla al lato opposto.

La prima cosa che dovremmo fare è porci in reale ascolto e condivisione circa i sentimenti, le emozioni e la storia personale che, molto spesso ci viene raccontata, mostrando autentico interesse e rispettosa curiosità. Sembra una cosa scontata e semplice, ma ascoltare veramente non sempre è così immediato per tutti. È importante mostrarsi tranquilli, non a disagio e non cercare a tutti i costi di rassicurare la persona. Anche il silenzio, può essere un momento di scambio e complicità in cui si riesce a trasmettere molto. Non bisogna nemmeno essere troppo incoraggianti, semplificando troppo le cose: ricordiamoci che è importante non avere fretta e lasciare lo spazio sufficiente in modo che il nostro interlocutore possa sentirsi a suo agio con noi, riuscendo a stabilire i tempi in base alle sue esigenze.

PUÒ ESSERE UTILE, PER AFFRONTARE AL MEGLIO LA RELAZIONE D’AIUTO CON UNA PERSONA MALATA:

- non spaventarsi di fronte alla situazione
- cercare di essere sereni
- mostrarsi disponibili
- ascoltare con empatia
- essere realmente interessati
- essere pazienti
- creare un clima rassicurante
- non forzare una conversazione a tutti i costi
- non fare troppe domande
- accettare i momenti di silenzio
- non sottovalutare la sua sofferenza o le sue paure

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

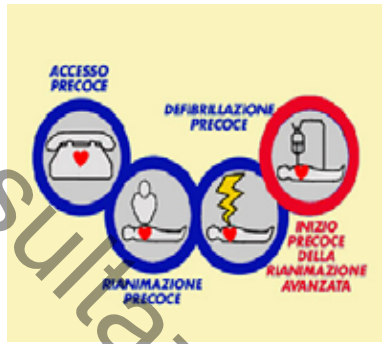
Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Capitolo 15

Il rapporto con le persone anziane

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Compiti: capire chi è l'anziano, conoscere le caratteristiche di questa fase evolutiva al fine di gestire al meglio la relazione d'aiuto che instauriamo con lui.



Introduzione: dopo una descrizione dei diversi aspetti dell'invecchiamento si metteranno in luce le caratteristiche delle persone anziane e le loro problematiche evidenziando alcune modalità comunicative efficaci. Infine si parlerà dei familiari e delle difficoltà nella gestione del rapporto.

L'INVECCHIAMENTO

Non si può parlare dell'anziano e quindi dell'invecchiamento senza conoscere, almeno in via generale, i termini e le definizioni tipiche di questa fase della vita.
L'invecchiamento è un processo naturale, ma variabile e questa differenziazione è dovuta alla concomitanza di una serie di fattori che concorrono a definire la specificità di invecchiare di ogni individuo.

FATTORI BIOLOGICI

Da un punto di vista genetico può esistere una predisposizione alla longevità, che insieme a sane abitudini alimentari, esercizio fisico e allenamento mentale,

può contribuire a rendere questa fase di vita dinamica e positiva.
È importante aver presente che vecchiaia non è quindi sinonimo di patologia o immobilità, anche se talvolta si può verificare un rallentamento di alcune funzioni cognitive (ad esempio memoria, attenzione…)

Anche le malattie avute nel corso della vita, la presenza di patologie croniche, o alcuni difetti sensoriali (visivi, uditivi, motori…) possono incidere sullo stato attuale complessivo della persona, comportando talvolta una ridotta stimolazione e una difficoltà di partecipazione alla vita sociale, che può portare a un vero e proprio ritiro e isolamento.

FATTORI AMBIENTALI

La buona qualità della vita in età avanzata è determinata in larga misura anche da fattori del tutto indipendenti dalla buona volontà o dalla capacità dell'anziano, e che riguardano l'ambiente in cui vive. In questa fase di vita, come in tutte le altre, è fondamentale avere la possibilità di vivere in un ambiente caldo e ricco di affetti.
Può invece accadere che ci si ritrovi soli e malinconici, come conseguenza ad esempio della morte del coniuge o dell'allontanamento dalla propria casa.
Un'abitazione adeguata, dal punto di vista igienico, degli spazi disponibili, del clima e della vicinanza a negozi e servizi vari, incide sul modo di vivere. Anche la presenza di problemi economici limita le possibilità di vita sociale, di cure adeguate, di alimentazione corretta ecc.

FATTORI COGNITIVI

La dimensione cognitiva sembra essere la meno soggetta all'invecchiamento biologico. Una buona attività mentale garantisce un adeguato mantenimento psichico e previene il senso di disadattamento conseguente all'abbandono dell'attività lavorativa. L'esercizio mantiene e migliora le abilità mentali.
Il decadimento cognitivo effettivo è presente invece come conseguenza di alcune patologie specifiche (ad esempio Malattia di Alzheimer). In assenza di queste le perdite riguardano principalmente alcune funzioni (memoria, velocità di risposta ecc.) e non impediscono una buona attività mentale.

Copia di consultazione
Copyright ANFAS Piemonte

FATTORI PSICOLOGICI

L'età avanzata comporta una crisi d'identità che richiede una necessaria ridefinizione di sé. Il corpo cambia sia dal punto di vista fisico che funzionale. Con l'abbandono dell'attività lavorativa si perde il ruolo sociale che si aveva precedentemente, con conseguenti cambiamenti per quanto concerne le relazioni affettive e sociali. La possibilità di riadattarsi alla nuova condizione dipende da molteplici fattori, tra cui il livello di elasticità presente nel soggetto e la capacità di accettare nuovi ruoli.
Queste capacità naturalmente dipendono dalle caratteristiche di personalità dell'individuo e non si possono improvvisare (ad esempio se la persona non è mai stata particolarmente aperta allo scambio e all'aspetto sociale sarà difficile che improvvisamente diventi estroverso).

FATTORI SOCIALI

I fattori sopra elencati concorrono a definire la qualità della vita sociale dell'anziano.
Una buona salute fisica e psichica, un ambiente affettivamente ricco, una buona situazione economica, la possibilità di condurre una vita sana dal punto di vista igienico permettono all'anziano di raggiungere quella serenità mentale necessaria per cercare occasioni di socializzazione.
Al contrario, se ciò non si verifica può accadere che si verifichi un processo di chiusura e di ripiegamento su se stesso.

CHI SONO GLI ANZIANI E QUALI DIFFICOLTÀ POSSONO AVERE

Le caratteristiche che riguardano l'anziano sono quindi:

- Età media avanzata
- Frequenti affezioni da quadri pluri-patologici
- Possibile dipendenza nell'espletamento delle attività quotidiane (pasti a domicilio, assistenza domiciliare per le faccende domestiche, trasporti accompagnati)
- Livelli variabili di deterioramento cognitivo

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

- Povertà di contatti sociali dovuti alla morte del coniuge, dei parenti, degli amici.
- Problemi di solitudine.

COSA PUÒ SUSCITARE IN NOI IL RAPPORTO CON LA PERSONA ANZIANA

Nel momento in cui ci relazioniamo con un anziano si possono scatenare in noi diversi sentimenti.

Alcuni di questi possono essere ad esempio:

- *Tristezza*
- *Pena*
- *Disagio/senso di fastidio*
- *Senso di impotenza/frustrazione*
- *Rabbia*
- *Noia*
- *Affetto/simpatia*
- *Complicità*
- *Curiosità*

L'anziano rievoca diversi sentimenti associati a ricordi di figure note della nostra infanzia. Ma è possibile nel caso di persone particolarmente richiedenti, sperimentare emozioni connotate negativamente; è importante in questi casi saperle riconoscere, accettare ed elaborare.

COME RELAZIONARSI CON UNA PERSONA ANZIANA

Proprio per le caratteristiche dell'anziano è fondamentale avere alcune conoscenze sul tipo di comunicazione più efficace che deve essere composta da:

- Messaggi brevi e chiari
- Tono espressivo positivo
- Volume adatto alla persona che si ha di fronte
- Termini semplici o comunque adatti alla persona con cui si sta dialogando
- Parlare di argomenti di cui si presume sia a conoscenza

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

- Dare informazioni utili nella vita quotidiana (es. scadenze delle bollette, cambio dell'ora, previsioni del tempo)
- Ascoltare senza minimizzare o ingigantire le sue difficoltà
- Accettare il silenzio e non imporre una discussione a tutti i costi
- Contatto fisico
- Contatto oculare
- Pazienza e disponibilità

Dal punto di vista relazionale l'obiettivo è quello di riuscire a creare un rapporto autentico con la persona partendo dai suoi bisogni.

LA REAZIONE DEI FAMILIARI

L'accettazione dell'invecchiamento dovrebbe avvenire, oltre che dall'interessato, anche da parte dei familiari che lo circondano. Anche per loro è infatti necessario adeguarsi al cambiamento di ruolo della persona cara, al suo decadimento, a volte non solo fisico, ma anche psichico, oltre che al cambiamento di vita che questo comporta a causa della possibile perdita o diminuzione di autonomia.
Un esempio può essere quello del genitore che, dopo aver accudito la prole, si trova a dover essere da essa accudito a causa dell'invecchiamento. In questo caso i figli perdono il riferimento del genitore che non è più fonte di consigli, suggerimenti e decisioni. Saranno ora i figli a dover agire e decidere per lui sentendosi spesso smarriti in questo nuovo ruolo.
Fondamentale nella relazione con i familiari è l'ascolto, la comprensione empatica e il non giudizio su eventuali critiche all'anziano.

CONCLUSIONI

Quello che è importante aver presente quando si ha a che fare con un anziano è che si tratta di una persona che vuole riconosciuta la propria dignità anche se necessità di cure e rassicurazioni. Occorre creare una relazione tenendo presenti le difficoltà insite in questo periodo della vita accettando anche le contraddizioni tra richiesta di aiuto continua e riconoscimento di autonomia.

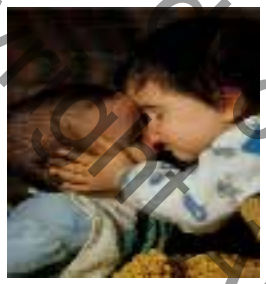
Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Capitolo 16

Il rapporto con il bambino e con l'adolescente

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte



Compiti: comprendere il mondo del bambino e dell'adolescente, conoscere le caratteristiche di queste fasi evolutive, le loro peculiarità e le problematiche correlate, al fine di riuscire ad instaurare una buona relazione d'aiuto.

Introduzione: dopo una breve panoramica sulle caratteristiche specifiche del bambino e dell'adolescente, sulle difficoltà legate a queste tappe evolutive, sulla concezione di sofferenza in questo periodo di crescita e di sviluppo psicofisico, si cercherà di evidenziare alcune linee guida per affrontare al meglio la relazione d'aiuto rivolta a loro.

IL BAMBINO

L'infanzia è certamente una fase particolare della crescita di una persona. L'individuo, nei primi mesi e anni di vita, attraversa momenti fondamentali in modo veloce e continuo e ogni giorno impara qualcosa che andrà lentamente a formare, ad esempio, le sue caratteristiche personali, le sue capacità, le sue inclinazioni, la sua individualità, le sue particolarità, la sua unicità e così via. Ambiente e individuo si influenzano reciprocamente in una continua interazione dinamica e circolare. Sin dalla nascita il bambino è dotato di potenzialità adattive che si

attivano immediatamente a contatto con l'ambiente.
Tuttavia nelle primissime fasi di vita il piccolo dipende in tutto e per tutto dalla madre. Per madre non si vuole intendere, in questo contesto, la figura specifica della mamma, ma si fa riferimento in modo più ampio al genitore che maggiormente si occupa del bambino e quindi anche al padre.
Attraverso il soddisfacimento dei bisogni primari (come ad esempio essere nutrito, ricevere le adeguate cure personali...) e attraverso l'amore, l'affetto, la vicinanza fisica ed emotiva, il bambino comincia gradualmente a identificarsi e successivamente a differenziarsi dalle figure di riferimento.

- **identificazione**: si vuole qui intendere quel momento in cui il bambino si riconosce, si vede e si vive come la persona che si prende cura di lui, che lo ama e lo protegge.
- **differenziazione**: si intende invece la fase in cui il bambino comincia a vedersi simile ai genitori, con caratteristiche vicine, ma non assolutamente identiche.

Queste due fasi sono indispensabili per la crescita e per la costruzione della propria identità.

IL BAMBINO E LA MALATTIA

Quando il bambino è molto piccolo comprende la malattia a suo modo, spesso nei termini di sofferenza e malessere generalizzato. Prendiamo ad esempio un bimbo che abbia dolori addominali correlati a un attacco di appendice: spesso non è capace di raccontare o di circoscrivere il suo disagio in modo preciso e potrebbe lamentare di non sentirsi bene dappertutto, senza riuscire a individuare con esattezza l'origine dei suoi mali.
Spetta ai genitori il compito di cercare di focalizzare il problema facendo domande al piccolo che non sempre riuscirà a fornire risposte chiare, cadendo spesso in contraddizione. L'adulto dovrà quindi cercare di stare vicino al bambino, in modo che questi si senta ascoltato e possa essere rassicurato circa la situazione che sta vivendo e la sua evoluzione.
Ci sarà anche la difficoltà a distinguere tra il dolore correlato alla malattia e la sofferenza e il malessere derivati dall'esterno. In questo caso il bimbo potrebbe colpevolizzare il genitore che lo porta in ospedale perché responsabile di questo disagio.
È importante che, qualora il genitore lo debba lasciare da solo per una visita o per accertamenti, venga spiegato che il distacco sarà solo momentaneo e che non è possibile restare lì perché il medico, ad esempio, sarebbe disturbato nel

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

prestare le cure necessarie. Per poter comprendere un bambino e il suo disagio è fondamentale mettersi al suo livello, cercando di capire il mondo dal suo punto di vista. Inoltre bisogna osservare il suo ambiente, che non solo rappresenta una fonte di stimoli, ma ne controlla e ne regola il comportamento.
Con la crescita l'individuo comincia a saper distinguere le diverse situazioni e impara ad attribuire a una precisa parte di sé il dolore relativo alla malattia, ma è bene non dimenticarsi che si tratta comunque di un bambino che continua ad aver bisogno di qualcuno di cui si fidi accanto, che lo possa confortare, ascoltare, capire e proteggere.

COSA PUÒ SUSCITARE IL RAPPORTO CON IL BAMBINO

Benché possa sembrare una cosa semplice, relazionarsi in modo efficace con un bambino non sempre lo è.
Spesso può capitare di trattare i piccoli al pari degli adulti, pensando che possano capire subito una situazione o, al contrario, siamo portati a credere che non siano in grado di recepire la realtà che stanno vivendo perché "troppo piccini" e perché "tanto non capiscono ancora nulla". È profondamente sciocco e inutile pensare di tenere il bambino all'oscuro di ciò che gli sta accadendo.
È importante non dimenticare che il bambino, seppur piccolo, non è un bambolotto di pezza. È un piccolo individuo con i suoi pensieri e sentimenti, con le sue ansie e le sue preoccupazioni. Spiegando al bambino le sue condizioni di salute lo si rende consapevole di ciò che sta accadendo e gli si permette di capire l'importanza di curarsi.
Sicuramente sarà necessario aiutarlo a comprendere quello che gli sta succedendo e quello che dovrà accadere, con pazienza, dolcezza e con un linguaggio adatto alla sua età. Il ricovero in ospedale se non accompagnato da rassicurazioni e vicinanza fisica ed emotiva può traumatizzare il piccolo. L'impatto con un ambiente sconosciuto e l'allontanamento dalle attività abituali possono spaventare e allarmare il bambino.
Un bambino che sta male potrebbe spesso vivere molteplici sentimenti che è bene saper riconoscere. Alcuni potrebbero essere:

- paura;
- dolore;
- incertezza;
- disperazione;
- timore di non guarire;

Copia di consultazione
copyright ANFAS Piemonte

Copia di consultazione
Copyright AMPIC Piemonte

• smarrimento;
• senso di dipendenza;
• bisogno di essere confortato e coccolato;
• bisogno di essere rassicurato.

Anche l'operatore che si avvicina al bambino sperimenta varie sensazioni e vissuti tra i quali:

• sottovalutazione/ipervalutazione del dolore provato;
• senso di inadeguatezza;
• senso di impotenza/frustrazione;
• tenerezza;
• ansia;
• protezione;
• tristezza.

COME RELAZIONARSI CON UN BAMBINO

È importante che il bambino riesca a percepirci realmente vicini, dobbiamo essere in grado di dargli tutto ciò che è importante per lui in quel momento. Spesso il bimbo è disarmato e privo di strategie per gestire e superare il problema. Per riuscire a essere utili e preziosi è indispensabile sapersi "mettere alla sua altezza". Il bambino è in grado di comprendere le nostre rassicurazioni, a patto che si riesca a spiegarle con una modalità adatta a lui.
È altresì importante riuscire a rimanere calmi e sereni, i bambini infatti hanno una grande capacità di entrare in empatia con le emozioni degli altri.
Bisogna cercare di rassicurarlo circa il dolore fisico di quel momento, spiegandogli con dolcezza e pazienza e soprattutto in modo semplice e comprensibile, che presto quel malessere sarà curato da un medico, una persona che cercherà di individuare il problema e potrà intervenire per fare in modo che passi il più in fretta possibile. Anche in questo caso è importante "empatizzare", ossia immedesimarsi in lui per conoscere e comprendere la forza della sua paura senza distorcerla con i nostri significati.
Sarebbe opportuno, prima di parlare con il piccolo, riuscire a sapere dai genitori quello che è accaduto e quello che il bambino conosce della sua malattia, per non spaventarlo e per non fornire informazioni sconosciute che magari non è in grado di recepire con serenità.

È bene comunque ricordare che i genitori in questi momenti sono spaventati e preoccupati. Potrebbero anche avere grossi sensi di colpa. Rispettiamo la loro ansia cercando di lasciare da parte i nostri pregiudizi che potrebbero colpevolizzarli ulteriormente. Rendiamoli attivi, in grado di aiutarci, complici.
Bisognerebbe cercare di non sottovalutare o sminuire le paure del piccolo, provando a circoscrivere le sue ansie circa quello che sente e i suoi timori in relazione alle cure che lo faranno stare meglio, ma che lo preoccupano.
È anche possibile spiegare la situazione come se fosse una sorta di favola, oppure raccontando di eventi riferiti ad altri bambini; attraverso questa modalità indiretta forse il piccolo malato potrà essere meno spaventato e riuscirà, oltre che a identificarsi nel personaggio del racconto, a scoprire che non è l'unico a cui accadono certe cose.
Potrebbe anche capitare che il piccolo continui a farci le stesse domande: in questo caso è importante avere la pazienza di rispiegare le cose, magari aiutandoci con degli esempi o semplificando la spiegazione. Spesso però non si tratta di un problema di complessità della spiegazione, ma di un bisogno di rassicurazione. Quello che non si conosce spaventa molto e chiedere più volte le stesse cose indica il bisogno che il bambino ha di essere ascoltato, capito, tranquillizzato, protetto. Per questo sarebbe importante cercare di non lasciare mai da solo il bambino mantenendo un'atmosfera il più possibile serena.
Con il bambino l'aspetto verbale della comunicazione può anche essere fortemente supportato dal contatto fisico e dalla mimica. Potrebbe essere importante e utile rassicurare il bambino non solo verbalmente, ma anche fisicamente, magari prendendolo in braccio o confortandolo con un abbraccio o una carezza.

POSSIAMO QUINDI SCHEMATIZZARE QUANTO DETTO CON UNA SINTESI DI QUELLO CHE SAREBBE OPPORTUNO CERCARE DI FARE:

- presentarsi;
- spiegargli quello che succederà in modo semplice;
- aiutarlo a immaginare la situazione a cui andrà incontro;
- mostrarsi tranquilli e rassicuranti;
- parlare con dolcezza;
- essere pazienti;
- non sottovalutare il suo dolore o le sue paure;
- mantenere un contatto oculare;
- confortarlo verbalmente e fisicamente;
- utilizzare metafore e storielle qualora sia troppo spaventato;

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

- ripetere più volte le cose qualora ci vengano richieste;
- non valutare o giudicare.

L'ADOLESCENTE

Ancora oggi si discute a lungo su questo termine, adolescenza, senza riuscire a definirlo con precisione in termini temporali. Possiamo già definire adolescenza quel periodo che si interpone tra infanzia e vita adulta.
In questo contesto si vuole provare a identificare alcune delle principali caratteristiche comuni ai ragazzi che attraversano questa fase della crescita per poter riuscire a essere loro vicini qualora sia necessario. L'adolescenza ha inizio con la pubertà che consiste nell'insieme delle trasformazioni morfologiche e fisiologiche che porteranno il ragazzo alla maturità fisica e sessuale dell'adulto. Sono molti i cambiamenti del corpo e le ripercussioni a livello psicologico, sociale e comportamentale possono essere le più disparate.
Per quanto il ragazzo sappia che a livello fisico subirà delle grandi modificazioni, spesso le vive con disagio e apprensione. Può capitare che la persona non riesca a riconoscersi nella sua immagine e abbia bisogno di tempo per maturare un nuovo concetto del sé.
Un ruolo determinante giocano i giudizi dei coetanei che spesso interessano l'ambito fisico e quello della sessualità. Il contesto relazionale e familiare del giovane viene messo a dura prova.
Spesso ci sono momenti di confronto e di scontro. È importante riuscire a trovare un nuovo equilibrio, avendo la disponibilità a rinegoziare regole e confini.
Il ragazzo in questo periodo della sua vita non riesce più a sentirsi come un bambino pur non riuscendo, però, nemmeno a riconoscersi ancora come una persona adulta.
È questo un momento che possiamo definire di transizione, in cui esiste la voglia di crescere e di aumentare la propria autonomia, in cui aumenta il desiderio di definire le proprie caratteristiche personali, di caratterizzare il proprio stile di vita, di rendersi unici e differenziati da un tutto più globale, ma in cui la persona ha ancora bisogno di conferme, di rassicurazioni, di sostegno, in cui fatica ad accettare il parere e il confronto dell'adulto, ma al tempo stesso non ne riesce a fare a meno.
Si tratta di una fase di profonda ambivalenza e non è facile in questo periodo riuscire a instaurare con il ragazzo un legame o un rapporto autentico e di reale fiducia.

Copia di consultazione
Copyright AIPPS Piemonte

Spesso l'adolescente ha titubanze e incertezze, vorrebbe chiedere aiuto a qualcuno perché si sente ancora fragile e inadeguato, ma un attimo dopo si ritrae, obbligandosi a risolvere tutto da sé perché ormai è grande e deve cavarsela da solo. Vive momenti di grande crisi e può avere sbalzi d'umore passando velocemente da timidezza e indecisione ad aggressività e scoppi d'ira.
L'adolescenza è anche un momento di grandi scoperte e conquiste, è il momento dei grandi ideali e dei sogni. Il ragazzo gradualmente si trova di fronte a tante possibilità, comincia a sperimentarsi nel mondo, a capire i propri limiti. Caparbio e ostinato è in grado di perseguire con tenacia i propri obiettivi. Si trova a essere in una fase in cui spesso si sbaglia, ma forse è proprio questo l'aspetto bello, perché ancora ci si può permettere di cadere e, quasi sempre, ci si rialza più forti di prima, un pochino più adulti e consapevoli ogni volta. L'adolescente ama mettersi in discussione con l'adulto, col gruppo dei pari, con se stesso. Ha bisogno di sapere e capire, manifesta curiosità e interesse per la politica, la religione, la vita sociale, l'etica e la morale. Ha bisogno di giudicare da solo quali valori interiorizzare.
L'adolescente si mette continuamente in gioco e in discussione, si sperimenta in ambiti e circostanze diverse. Questo gli consente di "recitare" molte parti e immedesimarsi in molti ruoli, prima di scegliere quelli da far propri.

L'ADOLESCENTE E LA MALATTIA

A differenza di quello che avviene con un bambino, sicuramente il ragazzo è consapevole della sua malattia e della sofferenza che gli causa. Non dovrebbe avere difficoltà a localizzare il punto preciso del dolore o a descrivere quello che avverte e quello che prova a livello fisico.
Ben più complessa appare la situazione sul versante emotivo.
È difficile che il giovane manifesti il desiderio di essere rassicurato su quanto sta accadendo in lui, perché vuole essere trattato come un adulto pur non essendolo ancora. Si trova quindi a far finta di avere tutto sotto controllo, di essere tranquillo quando è, invece, probabile che si allontani solo apparentemente dagli altri. Talvolta può dare l'impressione del menefreghista, cercando, tuttavia, di carpire dai discorsi che sente intorno a lui quello cui potrebbe andare incontro e quello che potrebbe succedergli. Questo non fa altro che aumentare le sue paure, perché il quadro che riesce a ottenere da questi frammenti di dialogo non può che essere ambiguo e oscuro. È comunque difficile che l'adolescente chieda spiegazioni e delucidazioni anche se appare evidente il suo disagio e la sua angoscia. È importante anche ricordare che l'adolescente potrebbe vivere

Copia di consultazione
Copyright ANP Ass. Piemonte

con ansia e apprensione lo stato di sofferenza, per il timore di essere inadeguato o per la preoccupazione di non riuscire a guarire completamente. Potrebbe altresì colpevolizzarsi e negarsi il conforto e l'aiuto di cui avrebbe bisogno, per una sorta di autopunizione.

COSA PUÒ SUSCITARE IL RAPPORTO CON L'ADOLESCENTE

Non è facile avvicinare realmente un adolescente e questo potrebbe suscitare in noi da un lato sentimenti di inadeguatezza o senso di frustrazione, dall'altro menefreghismo e fastidio come conseguenza di un atteggiamento di chiusura, di distanza e di apparente indifferenza.

Schematizzando alcuni sentimenti potremmo provare:
- preoccupazione reale per il ragazzo;
- voglia di rassicurarlo;
- senso di frustrazione nel vederlo, ad esempio, assente;
- senso di impotenza/inadeguatezza;
- rabbia;
- fastidio;
- menefreghismo;
- indisponenza.

COME RELAZIONARSI CON UN ADOLESCENTE

Quando ci relazioniamo con un adolescente è importante cercare di non dimenticare che, per quanto ci possa sembrare una persona riservata, chiusa, indisponente o distante, si tratta di qualcuno che soffre, che sta male fisicamente ed emotivamente, che è spaventato dalla situazione e che è preoccupato per il suo stato di malattia. Potrebbe accadere che ci faccia delle domande specifiche su quello che dovrà fare, ma potrebbe anche verificarsi che se ne stia in silenzio, chiuso nella sua preoccupazione.
Sta a noi verificare se c'è lo spazio per instaurare un discorso, magari senza toccare subito tematiche vicine allo stato attuale delle cose. Si può, ad esempio, cercare di capire come si sente, cosa pensa di avere, anche se dobbiamo tenere a mente che potrebbe essere difficile ottenere una risposta esaudiente.
È importante ricordare che possiamo cercare di spiegargli la situazione parlan-

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

do in termini generali, soddisfacendo eventuali curiosità con storie che possono risultare simili a quella e raccontando in terza persona. Il ragazzo potrebbe anche apparire infastidito da quella conversazione oppure indifferente, magari assumendo una postura di chiusura, ad esempio voltandoci le spalle, ma sicuramente, ci starà ascoltando con attenzione cercando di comporre un puzzle a cui mancano ancora molte tessere.
Non dobbiamo comunque imporre a forza un discorso. A volte è importante saper tollerare momenti di silenzio, rispettando un bisogno della persona. Non va dimenticato che si può instaurare un buon contatto anche solo in modo non verbale, magari guardando negli occhi chi ci sta di fronte, toccandogli una mano per fargli comprendere che gli siamo vicino e che comprendiamo il suo disagio o la sua angoscia.

POSSIAMO COSÌ SCHEMATIZZARE QUELLO CHE È IMPORTANTE:

- mostrarci disponibili;
- essere tranquilli e rassicuranti;
- essere rispettosi;
- ricordare che sta soffrendo ed è spaventato;
- non sminuire o drammatizzare la situazione;
- non imporre per forza una conversazione;
- saper tollerare il silenzio;
- provare a instaurare un contatto emotivo;
- non giudicare o colpevolizzare;
- non mentire.

CONCLUSIONI

Quello che è importante ricordare quando si instaura una relazione d'aiuto con un bambino o con un adolescente è che si tratta in prima analisi di una persona spaventata, che soffre e che ha un bisogno immenso di conforto e rassicurazione. Bisognerebbe quindi cercare di costruire un clima di fiducia e di reale ascolto, mostrandoci disponibili ed emotivamente vicini alla persona che ci chiede aiuto.
Nel caso dei bambini più piccoli il contatto fisico, oltre che a quello emotivo, è quasi fondamentale.
Nel caso specifico degli adolescenti è importante, comunque, cercare di essere

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

tranquilli, di non lasciarci intimorire o allontanare da manifestazioni di chiusura o di ostilità nei nostri confronti.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Capitolo 17

Il rapporto con il paziente disabile

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Compiti: capire chi è il disabile al fine di gestire al meglio la relazione d'aiuto che instauriamo con lui.

Introduzione: dopo un breve accenno al significato del termine, si metteranno in luce le caratteristiche delle persone disabili e le loro problematiche, evidenziando alcune modalità per affrontare costruttivamente questo rapporto. Inoltre si parlerà dei familiari, della loro reazione alle difficoltà del disabile e del loro rapporto con lui.

COSA SIGNIFICA DISABILE

La parola disabile è ormai largamente utilizzata nel nostro vocabolario. Con questo termine si indicano in genere quelle persone "diversamente abili", ossia che non possiedono tutte le abilità, tutte le capacità, di svolgere quelle attività ritenute "normali" per un essere umano (quali ad esempio relazionarsi con gli altri in modo adeguato, muoversi in modo autonomo, comprendere un discorso e così via).

Questa situazione di svantaggio può derivare da un danno organico, un deficit funzionale, un problema fisiologico o psicologico.
Comunemente si sente anche parlare di persone portatrici di handicap, anche se nell'immaginario comune questo termine viene subito associato superficialmente a qualcosa di oscuro, di mancante, di diverso.

CHI SONO I DISABILI E QUALI DIFFICOLTÀ POSSONO AVERE

Innanzitutto è importante soffermarsi a riflettere sulle nostre conoscenze, esperienze e pregiudizi nel rapporto con la "diversità" di chi incontriamo.
Talvolta la persona "diversa" da noi ci suscita emozioni (come ad esempio la paura, il disagio, il senso di inadeguatezza), sentimenti legati spesso all'ignoranza, nel senso di non conoscenza e di pregiudizio, verso quello che comunemente non ci appartiene.
Possiamo fare una distinzione tra disabili dal punto di vista fisico e disabili dal punto di vista intellettivo e relazionale, anche se talvolta nello stesso individuo è possibile trovare difficoltà su entrambi i livelli.

• **DISABILI CON DIFFICOLTÀ FISICA**:
Si tratta di persone impossibilitate a muoversi autonomamente o a svolgere, senza adeguati supporti, le normali attività della vita quotidiana (ad es. occuparsi della propria cura personale, fare la spesa, leggere un libro ecc).
Per l'autonomia della persona spesso diviene fondamentale il ruolo di certi ausilii tecnologici o l'abbattimento delle barriere architettoniche. (Un esempio quotidianamente osservabile è la carenza di scivoli che, se fossero presenti in maggior numero, potrebbero avvantaggiare la mobilità e l'autonomia, non solo della persona "sulla sedia a rotelle", ma anche dell'anziano, della mamma col passeggino ecc.)
Oggi viviamo una grande contraddizione, in quanto pur essendo molteplici le risorse che potrebbero rendere più autonomo il portatore di handicap, la loro reale applicazione è ancora distante e sottovalutata.
Questo rispecchia quanto ancora sia lungo il percorso che tutti noi dobbiamo fare per un'integrazione reale e non astratta e magari legata a concetti pietistici e di marginalizzazione di colui che è "etichettato" come diverso.
La disabilità fisica non sempre è legata ad altri tipi di deficit. La persona con "handicap" fisico spesso possiede acute capacità intellettive e relazionali.

Copia di consultazione
Copyright ANPIS Piemonte

Quasi sempre ci troviamo di fronte a persone con aspirazioni, ambizioni e curiosità: con l'aiuto di strutture sociali, architettoniche e ausili tecnologici si rende sempre più possibile la loro integrazione verso uno stile di vita che si avvicina a quello posto come modello nella nostra società (ad esempio potersi laureare, poter raggiungere una professione di prestigio ecc.)

• **DISABILI CON DIFFICOLTÀ INTELLETTIVA E RELAZIONALE**:
Ci riferiamo a coloro che, pur non avendo problemi motori, presentano deficit di tipo cognitivo. Per deficit cognitivo intendiamo tutte le difficoltà legate alla sfera intellettiva, alla memoria, al linguaggio, all'attenzione, al ragionamento, alla risoluzione di problemi.
Pensiamo ad esempio a una persona che non è più nella condizione di ricordare gli eventi accaduti dopo il trauma o quelli che appartengono alla loro infanzia; pensiamo a coloro che non riescono a concentrarsi su un compito oppure che non sono più in grado di comprendere un normale discorso o di articolare le parole.
Spesso ai deficit cognitivi sono associate problematiche di tipo relazionale, ossia la difficoltà a vivere e gestire i rapporti interpersonali, a entrare in contatto con gli altri, a sostenere un discorso in modo adeguato, con conseguenze a volte tragiche per la persona.

ETÀ DELLA DISABILITÀ

Sia che si tratti di un disabile fisico sia che si tratti di un individuo con deficit intellettivi e relazionali, è importante non dimenticare che molto probabilmente, anche se non sempre, abbiamo di fronte una persona che soffre per lo svantaggio che percepisce e per i rimandi che riceve.
In alcuni casi, infatti, la persona potrebbe reagire con atteggiamenti di chiusura e rinuncia, ma è anche possibile che, attraverso il riconoscimento dei propri limiti, e la loro accettazione, la persona riesca ad aprirsi a nuove prospettive, con nuove aspettative e obiettivi, trasformando i vincoli in possibilità.
Quando esiste sofferenza, questa è vissuta ed elaborata in modo diverso a seconda che si tratti di una persona disabile dalla nascita (ad esempio a seguito di una patologia congenita) o di un individuo divenuto disabile lungo il corso della vita (ad esempio a causa di un incidente stradale, di una patologia tumorale ecc).
• **DALLA NASCITA**:

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Si tratta di persone che avendo, fin dalla nascita, dovuto "fare i conti" con le proprie difficoltà avranno sviluppato, in base agli stimoli ricevuti e alle proprie possibilità, capacità di adattamento e integrazione più o meno ampie. Ruolo determinante, come per ognuno di noi, assume il contesto socio-familiare nel quale la persona vive.
In questa situazione fondamentale è il sostegno che si deve offrire anche ai familiari. I genitori possono vivere "sensi di colpa" e di "vergogna" per il figlio disabile, e ignorare le diverse possibilità di recupero e in tal senso è importante il sostegno che può arrivare dai servizi socio sanitari, dalle associazioni di volontariato o dai gruppi di auto aiuto.

- **A SEGUITO DI UN EVENTO TRAUMATICO**:

Si tratta di persone che al momento del parto non presentavano alcun tipo di danno funzionale, organico, cognitivo o psicologico. L'evento traumatico è subentrato durante il loro percorso di vita, ad esempio a causa di un trauma cranico come conseguenza di un incidente stradale, a causa di una patologia tumorale o vascolare.
Anche in questo caso il dolore e le difficoltà di accettazione riguardano sia l'interessato sia l'ambiente che lo circonda.
L'elaborazione e l'accettazione della nuova situazione saranno tanto più complesse e pesanti quanto più l'attenzione sarà posta ai limiti e alle difficoltà senza però riuscire a fronteggiarle in modo costruttivo.

LA REAZIONE DEI FAMILIARI

In tutti i casi di disabilità il dolore e la sofferenza non sono qualcosa che tocca esclusivamente la persona colpita, ma interessa l'intero sistema familiare, l'ambiente in cui vive.
Naturalmente la capacità di far fronte alla situazione dipende da fattori molteplici quali, ad esempio, le caratteristiche personali, familiari, le condizioni socio-culturali, le condizioni economiche... Inoltre diverse sono le dinamiche che si verificano all'interno della famiglia, a seconda che si tratti di una situazione improvvisa o, invece, di una realtà dolorosa sin dalla sua origine.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

- **FAMIGLIA CHE DA SEMPRE DEVE CONVIVERE CON UNA PERSONA DISABILE**:

Può accadere che nei genitori ci sia una sorta di senso di colpa per non essere stati in grado di generare un bambino sano. Al momento della nascita vengono violentemente messi di fronte a una realtà ben diversa da quella che avevano a lungo immaginato e sognato.
Saranno molteplici i loro sentimenti e vissuti: potrebbero ad esempio avere un'iniziale fase di rifiuto per il bambino o, più in generale, per la situazione; potrebbero vivere sentimenti quali incredulità, smarrimento e angoscia; successivamente potrebbero essere assaliti dal senso di colpa, dal rimorso e dal senso di impotenza per non sapere bene come gestire quella situazione; infine potrebbero riversare tutte le loro energie, il loro affetto, le loro cure e attenzioni sul loro bambino, spesso isolandosi dal mondo esterno.
In tal senso fondamentale sarà il supporto che dovrà essere loro offerto per arrivare ad avere un atteggiamento collaborativo e costruttivo, "propositivo" ed "evolutivo".

- **FAMIGLIA CHE IMPROVVISAMENTE SI TROVA A DOVER CONVIVERE CON UNA PERSONA DISABILE**:

Inizialmente è facile trovarsi di fronte a una famiglia che accanto al dolore, alla paura e alla preoccupazione per l'improvvisa situazione, si trova nel "caos" più totale, essendo incapace di far fronte alle normali esigenze di vita. Ogni momento libero lo si trascorre in ospedale o comunque accanto alla persona colpita; non esistono più orari e gli schemi abituali saltano.
Dopo questi primi momenti in cui tutti sono concentrati sul diretto interessato possono verificarsi situazioni differenti. In un caso i familiari potrebbero avvicinarsi tra di loro cercando di gestire insieme quella situazione. In un altro caso la famiglia potrebbe al contrario sgretolarsi non riuscendo a far fronte a quella nuova dimensione di vita.
È comunque importante ricordare che non è facile trovarsi accanto a una persona che soffre, che non è più quella di sempre, che ha bisogno di aiuto laddove prima era assolutamente autonoma. Non è semplice riuscire ad accettare i nuovi limiti di chi amiamo e non sempre si è capaci di stare realmente accanto a quella persona.
Per questi motivi la persona disabile, dopo il periodo iniziale in cui è sommersa di attenzioni e premure da parte di familiari e amici, si trova molto spesso sola, senza più le capacità che possedeva prima dell'evento traumatico, senza gli

Copia di consultazione
Copyright ANPIS Piemonte

impegni, e le abitudini della quotidianità.
È questo un momento molto delicato e doloroso, il primo momento in cui davvero si deve cominciare a fare i conti con i nuovi limiti e al contempo comincia a prospettarsi una nuova vita.

COSA PUÒ SUSCITARE IN NOI IL RAPPORTO CON LA PERSONA DISABILE

Nel momento in cui incontriamo un individuo disabile si possono scatenare in noi diversi sentimenti.
Alcuni di questi possono essere, ad esempio:
• paura;
• smarrimento;
• timore;
• pena;
• fastidio;
• tenerezza;
• disagio;
• senso di impotenza/frustrazione;
• senso di inadeguatezza;
• senso di protezione.
È importante ricordarsi che è giusto e normale provare determinate sensazioni e non ci si deve spaventare di fronte a esse. Saper riconoscere i nostri stati d'animo ci consente di accettarli ed elaborarli, permettendoci di affrontare al meglio le diverse situazioni con chi ha bisogno del nostro aiuto.

COME RELAZIONARSI CON UNA PERSONA DISABILE

Non è mai facile riuscire a instaurare un rapporto immediato con l'altro; nel caso di una persona disabile potrebbero subentrare ulteriori difficoltà, per via dei nostri pregiudizi e delle nostre credenze.
PER AFFRONTARE MEGLIO QUESTO TIPO DI SITUAZIONE PUÒ ESSERE UTILE RICORDARE DI:
• non spaventarsi di fronte alla sofferenza altrui;
• non avere pregiudizi;
• non sottovalutare la sua sofferenza, ma al tempo stesso non commiserarlo;

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

- rassicurarlo qualora sia spaventato, circa dubbi e perplessità;
- usare un tono della voce pacato e rassicurante;
- ascoltarlo realmente, senza essere sbrigativi, ma senza eccessiva curiosità e avendo rispetto per la sua storia personale;
- non imporre a tutti i costi una conversazione;
- accettare eventuali momenti di silenzio (a volte può bastare avvicinarsi a lui e instaurare un contatto visivo, come ad esempio guardarlo negli occhi, o fisico, come ad esempio prendergli la mano o fargli una carezza);
- cercare di utilizzare termini semplici qualora abbia difficoltà a comprendere un discorso;
- non spaventarci di fronte a sua una rivelazione;
- qualora si tratti, ad esempio, di una persona sordo-muta cercare di instaurare comunque un contatto maggiormente fisico provando magari a parlargli lentamente, in modo che possa leggere le nostre labbra.

CONCLUSIONI

Quello che è importante tenere a mente quando si ha a che fare con una persona disabile è che si tratta sempre di qualcuno che soffre e che molto spesso è consapevole dei propri limiti e delle proprie difficoltà. È importante cercare di non spaventarsi provando a instaurare un contatto (verbale, ma anche fisico, di vicinanza) autentico, che possa aiutare la persona a sentirsi a proprio agio con noi, senza venire giudicata, disprezzata o sommersa di domande.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Capitolo 18

Il rapporto con il paziente terminale

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Compiti: capire chi è il malato terminale, comprendere le caratteristiche di questa fase della vita al fine di riuscire a instaurare un'adeguata relazione.

Introduzione: dopo una descrizione del modo comune di rapportarsi alla morte verranno prese in considerazione le emozioni associate; in seguito si analizzeranno gli stadi di elaborazione della morte.
Per concludere verranno date indicazioni sul tipo di relazione da instaurare con il paziente e con i suoi familiari.

LA PAURA DELLA MORTE

L'uomo del passato considerava la morte come uno degli eventi naturali della vita di tutti i giorni e il forte sentimento religioso o più semplicemente l'accettazione del destino con rassegnazione lo aiutavano a convivere con essa e ad affrontarla con più serena accettazione.
Chi interagiva con lui, in campo medico e assistenziale, non aveva come scopo primario quello di combattere contro la morte, ma di alleviare come poteva i dolori e le sofferenze; il suo compito era quindi quello di confortare il malato.
L'uomo di oggi invece, a causa di elevate aspettative rivolte alla medicina, senso di onnipotenza e perdita della fede, non riesce più a trovare un modo per rapportarsi a essa.

Questo stato di cose può provocare al malato terminale uno stato di profonda angoscia e sofferenza morale, rendendo molto particolare e delicato il compito di chi, operatore sanitario, volontario o anche familiare, lo segue fino al momento del traguardo.
Dal medico ci si attende la guarigione dalla malattia e la difesa a oltranza della vita.
Dalle altre persone che circondano il malato ci si attende, oltre al sostegno fisico e psicologico, anche l'esorcizzazione della morte.
Da tutto ciò deriva un atteggiamento di negazione e rimozione rispetto al tema della morte e del morire e, di conseguenza, una incapacità di fronteggiare l'evento sia da parte del soggetto colpito, che da parte di familiari e professionisti che si occupano di lui.

COSA PUÒ SUSCITARE IN NOI IL RAPPORTO CON UN PAZIENTE TERMINALE

Per i motivi sopra citati, molto spesso, se non siamo direttamente coinvolti, utilizziamo degli schermi di protezione per non soffermarci a pensare al termine della vita e alla sofferenza che inevitabilmente potrebbe un giorno toccare a noi o ai nostri cari.
Entrare in relazione con questa tipologia di persona può scatenare molteplici sentimenti che è importante saper riconoscere e gestire in modo adeguato.

Alcuni potrebbero essere:

- Paura
- Smarrimento
- Rabbia
- Disagio/ansia
- Senso di impotenza/frustrazione
- Senso di inadeguatezza
- Pena/compassione
- Affetto
- Chiusura emotiva/lontananza
- Indifferenza
- Fastidio

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

È fondamentale essere consapevoli delle nostre emozioni nei confronti della morte e di alcuni aspetti collegati a essa come ad esempio il dolore e il deterioramento fisico.
Anche l'operatore, così come il malato terminale, vive l'incertezza di non poter attribuire un senso a quello che sta vivendo e questo molto spesso, se non subito riconosciuto e gestito, causa uno stato d'ansia che viene trasmesso anche al malato.
Il valore della vita, la consapevolezza della propria fine, il superamento della rabbia circa la propria impotenza davanti al dolore altrui sono i punti di partenza per affrontare il difficile rapporto con la morte.
Da questa elaborazione l'operatore dovrebbe riuscire a trovare la forza per accompagnare l'altro e se stesso in questo percorso.

STADI DELL'ELABORAZIONE DELLA MORTE

La persona che si avvicina alla morte attraversa alcuni momenti psicologici molto particolari. I tempi sono variabili e in relazione alle caratteristiche personali. È importante saper distinguere il periodo che sta attraversando la persona con cui entriamo in relazione, in quanto il nostro atteggiamento deve essere diverso. Anche in questo caso si vuole riassumere brevemente ogni fase, tenendo bene a mente che non si tratta di una sequenza obbligata e fissa per ogni persona che si trovi a vivere questa situazione.

Gli stadi principali sono:
- *Negazione e rifiuto*: all'inizio sia il paziente interessato che i familiari negano l'evidenza, rifiutano l'idea di morte imminente, pensano a possibili errori e si rifugiano nella negazione.
- *Collera e rivolta*: segue una fase di presa di coscienza caratterizzata dalla rabbia contro l'infausto destino.

- *Compromesso*: in questo momento si patteggia con Dio o con il destino: è facile sentire il paziente dire frasi come "vorrei ancora qualche mese", "vorrei avere il tempo di vedere realizzato un certo evento" ecc.
- *Depressione*: nella fase della piena presa di coscienza può subentrare una forte depressione conseguente. Il paziente può diventare irritabile e scontroso, chiuso in se stesso e rinunciatario.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

- *Accettazione*: dopo essere passato attraverso le fasi precedenti, il paziente, e i suoi familiari, dovrebbero arrivare alla fase di accettazione, che consente di non ribellarsi più rispetto al destino e di aspettare il momento del trapasso, a cui, nel frattempo, si è avuto tempo di adattarsi.

I FAMILIARI

Anche i familiari attraversano le stesse fasi del paziente: un periodo di negazione iniziale è necessario per avere il tempo di metabolizzare l'evento.
È importante però che questo non persista troppo in quanto toglierebbe la possibilità di aiuto e accompagnamento di cui necessita il familiare ammalato.
È necessario che arrivi più velocemente alla fase di accettazione. Questo dipenderà dalla personalità del soggetto, dal tipo di legame esistente con il malato e dai supporti esterni che la famiglia riceve.

COME RELAZIONARSI CON UN PAZIENTE TERMINALE

È utile saper individuare in quale delle fasi sopra riportate si trova il malato in quanto esistono richieste diverse di aiuto e di contenimento.
Per sapere come sostenere questo tipo di malato è importante immaginare che cosa potrebbe esserci d'aiuto se ci trovassimo al suo posto.
Da una ricerca fatta in un ospedale per malati terminali di Parigi emerge che la prima richiesta del malato è quella di non sentirsi preso in giro sul proprio stato di salute.
È quindi fondamentale avere con il paziente un rapporto autentico senza eludere la realtà. Innanzitutto occorre cercare di capire se il soggetto è a conoscenza della situazione di salute o se è stato scelto di non renderlo pienamente consapevole. Dobbiamo infatti metterci in linea con quella che è stata la decisione della famiglia di rapportarsi alla malattia.
La costruzione di un rapporto stabile e contenitivo è il primo traguardo da perseguire. È importante rassicurare il malato circa la cura che sta seguendo, senza però illuderlo o mentire, spogliandoci dei nostri pregiudizi ed evitando di fare commenti o esternare pareri.
Non solo il canale verbale si presta al sostegno psicologico: anche con uno sguardo o un gesto possiamo confermare al malato la nostra presenza e l'interesse che proviamo per la sua situazione. Diceva Lacan "È lo sguardo dell'altro

Copia di consultazione
Copyright AMPIS Piemonte

che mi conferisce identità". Questa affermazione è ancora più vera nel caso di chi, a causa di una malattia, soffre di un deterioramento fisico oltre che di una perdita di fiducia in sé e nelle proprie capacità.
Il contatto fisico è utile anche per ridare i confini al malato, per entrare in relazione con lui attraverso un codice affettivo.

Occorre quindi:
• Trattare la persona come adulta
• Non spaventarsi di fronte alla sua sofferenza
• Rassicurare senza negare la realtà
• Ascoltare con interesse soprattutto quando racconta del suo passato
• Essere rispettosi
• Accettare il silenzio
• Essere disponibili se decide di parlare della morte
• Non illudere
• Non mentire
• Non giudicare
• Non consigliare

CONCLUSIONI

Il paziente terminale è sicuramente quello che rievoca più timori e senso di impotenza in ogni essere umano. Nella relazione è importante tenere presenti le difficoltà e i vissuti che questo rapporto genera al fine di evitare un coinvolgimento emotivo eccessivo.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Capitolo 19

Gestione emotiva dell'operatore

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Compiti: insegnare all'operatore a riconoscere e a saper collocare le proprie emozioni negative.

Introduzione: dopo aver esaminato alcune caratteristiche comuni alle professioni sociali verranno analizzate le emozioni negative e si daranno alcuni suggerimenti per la loro gestione.

LE PROFESSIONI SOCIALI

Gli operatori delle professioni sociali svolgono un'attività particolarmente delicata in cui è importante saper offrire all'utente calore e partecipazione con empatia, cioè sapendo mettersi nei panni dell'altro.
Questo comporta notevoli capacità umane, molta pazienza e un solido equilibrio personale. La capacità più importante è però il senso della misura: cioè saper entrare nella relazione facendo sentire all'assistito la propria presenza affettiva ed emotiva, ma sapendo anche porre un limite oltre il quale non è conveniente coinvolgersi.
Oltrepassare i limiti della propria professionalità trasformando la relazione d'aiuto in un rapporto amichevole o intimo rischia, a lungo andare, di penalizzare la relazione che può diventare negativa sia per l'operatore sia per gli assistiti. Sarebbe utile e costruttivo che gli operatori potessero essere intercambiabili senza grossi traumi per gli utenti.
Un eccessivo attaccamento è controproducente soprattutto per l'operatore che, avendo più persone da assistere e confrontandosi quotidianamente con la sofferenza di tutti, se eccede nel coinvolgimento emotivo potrebbe ritrovarsi in una situazione di stress.

EMOZIONI NEGATIVE

L'essere spesso a contatto con la tristezza, la desolazione e la sofferenza altrui può generare in chi presta una relazione d'aiuto sentimenti di stanchezza, inadeguatezza e impotenza.
Altri segnali la cui presenza dovrebbe far fermare a riflettere sulla propria situazione sono l'ansia e l'insonnia.
È importante quindi essere consapevoli che quando ci si sente così potrebbe significare che forse abbiamo troppo carico emotivo sulle situazioni. Si tratta di un prezioso campanello d'allarme da tenere in considerazione.
L'impotenza verso alcune situazioni e la conseguente rabbia molto spesso ne sono la fonte.

Al fine di salvaguardare la propria salute nella relazione d'aiuto è fondamentale quindi:
- Cercare di capire le emozioni rispetto alle situazioni che fanno stare più male;
- Chiedere consiglio ai colleghi che hanno più esperienza;
- Condividere con gli altri uno spazio di elaborazione e di confronto sulle situazioni incontrate.

Copia di consultazione
Copyright ANPAS Piemonte

Breve bibliografia di riferimento

- Dalla famiglia all'individuo, Bowen M. 1978, tr. it. Astrolabio, Roma – 1979.
- Ecologia dello sviluppo umano, Bronfenbrenner U. 1979 tr. it. Il Mulino, Bologna – 1986.
- L'adolescenza, Blos P. 1962, tr. it. Franco Angeli, Milano – 1993.
- Pedagogia speciale dell'integrazione. Handicap: conoscere e accompagnare, Canavaro A., Rigon G., 1996, tr. it. La Nuova Italia, Firenze.
- Pragmatica della comunicazione umana, Watzlawick P., Jackson D.D., Beavin J., 1967, tr. it. Astrolabio, Roma – 1971.