

SIMULATORE



ASAC



MANUALE SIMULATORI

Per diventare simulatori ASAC è necessario seguire un corso di formazione che ha lo scopo di formare una figura tecnica, appartenente ad ASAC, che conosce e mette in atto i segni e sintomi di tutte le patologie simulabili. La figura del simulatore ASAC può essere richiesta per:

- Corsi di formazione ASAC.
- Eventi specifici organizzati da ASAC (es: cena con delitto, etc.)
- Esercitazioni interforze con diverse istituzioni e/o Associazioni.
- Gare di primo soccorso ASAC.

E' fondamentale, finito il corso simulatori ASAC, avere ben presente che la figura del Simulatore, è nata per collaborare e interagire con tutti coloro coinvolti nella simulazione e non per creare difficoltà rischiando di comprometterne l'esito finale del corso/evento.

Il simulatore ha dei fondamentali collaboratori e punti di riferimento che ritrova in ogni evento: il truccatore e l'istruttore di riferimento dello scenario/evento.

Insieme collaborano con:

- Gli istruttori, preparando e simulando scenari che prevedono patologie di natura medica o traumatica.
- I coordinatori delle manifestazioni ed esercitazioni, nel caso di simulazioni per la popolazione o interforze.
- I giudici nelle gare di primo soccorso.

Sempre più chi opera nel campo dell'emergenza si rende conto che occorre possedere, accanto alle indubbie abilità tecniche, le competenze necessarie per comprendere nel modo più lucido possibile la situazione che si presenta e per saper prendere le decisioni più appropriate. Queste operazioni non sono facili come vorremmo immaginare, perché di fronte ad ogni evento che incontriamo siamo portati ad utilizzare due fondamentali meccanismi psicologici: i **frames** e gli **scripts**.

Frame in inglese significa cornice, inquadratura e in psicologia indica una sequenza di "eventi tipo" che la persona ha imparato e sulla quale si aspetta che le nuove situazioni si sviluppino. In questo senso i frames condizionano la percezione che la persona ha dell'evento, rispetto a ciò che si aspetta possa accadere: possiamo dire

che la consapevolezza sviluppata dalla persona verso la situazione che si trova a vivere è profondamente condizionata dai frames che utilizzerà.

Accanto ai frames agiscono gli scripts (secondo concetto utile) che in ambito psicologico possono essere identificati come i “copioni” che le persone utilizzano di fronte agli eventi. Nel corso della vita le persone elaborano una serie di “copioni” che le aiutano ad orientarsi quando incontrano eventi noti e che si ripetono. Ciò deriva dall’esperienza, ma ancor di più da “significati” che permettono una visione culturale condivisa degli eventi. Se i frames condizionano la percezione, gli scripts hanno una grande influenza sulle reazioni delle persone di fronte all’evento.

Proprio di fronte alle situazioni nuove ed inattese si tende a cercare di farle rientrare all’interno di questi scripts, che permettono di averne una visione più rassicurante perché danno l’impressione di poter controllare ciò che sta accadendo, facendolo rientrare all’interno di schemi conosciuti, come una sorta di prototipo, che si tende a recuperare anche quando si è messi di fronte a situazioni nuove. **Evidentemente se possediamo pochi frames e pochi scripts saremo indotti ad interpretare gli eventi in modo sostanzialmente univoco, rischiando di attivare comportamenti stereotipati a fronte del mutare delle situazioni incontrate, e aumentando la possibilità di commettere errori significativi.**

Una strategia utile per accrescere la propria dotazione di frames e di script è legata all’attivazione di modalità formative che superino il concetto di addestramento, per entrare in quello più evoluto di crescita della consapevolezza del proprio agire. Maggiore è la consapevolezza e tanto più ampia sarà la possibilità che abbiamo a disposizione di interpretare efficacemente la realtà.

Le strategie formative che maggiormente favoriscono questi processi sono legate all’utilizzo di giochi di ruolo e di simulazioni.

Partecipare ad una simulazione permette a chiunque di provarsi all’interno di una realtà che, per quanto ludica, lo avvicina alle situazioni di impiego reale, diluendo eventuali tensioni e predisponendo le procedure e i comportamenti senza appesantirli di aspetti di ansietà. Questa strategia formativa è tanto più efficace quanto permette di stressare i diversi aspetti dell'emergenza e di attivare il fondamentale processo di apprendimento dagli errori, così trascurato dalla cultura attuale.

Per favorire questo processo è estremamente importante che la realtà simulata o giocata assomigli a quella reale: ecco perché **i ruoli del truccatore e del simulatore sono strategici.** Non si tratta tanto di rendere più spettacolare la scena, chi lavora in emergenza non sente certo questo bisogno, quanto di permettere ai partecipanti di vivere un’esperienza più vicina possibile alla realtà.

Per i motivi esposti a queste figure viene chiesta un’alta preparazione professionale ed anche un aiuto psicologico, perché non è semplice calarsi in questi ruoli e viverli con sufficiente autenticità, senza deformarli o pagare prezzi emotivi incongrui al fatto che si tratta di un’opera posta al servizio di altri.

INDICE

Patologie NON Traumatiche

Respiratorie:

Soffocamento da corpo estraneo

Dispnea

Cardiocircolatorie:

Dolore toracico tipico

Dolore toracico atipico

Lipotimia e le tecniche di caduta

Neurologiche:

Ictus

Crisi epilettica

Patologie di complemento:

Disturbatore

Crisi d'ansia o di panico

L'agitato

La crisi isterica

Intossicazioni:

Occasionale da alcool

Cronica da alcool

Droghe

Crisi d'astinenza

Alimentare

Monossido di carbonio

Altre patologie:

Crisi ipo e iper glicemica

Parto fisiologico

Punture di insetto

Morso di vipera

Colpo di sole

Patologie Traumatiche

Escoriazioni, tagli e lussazioni

Distorsioni, fratture chiuse ed esposte

Trauma cranico e di colonna

Amputazione

Eviscerazione

Ustioni

Assideramento

Ferite da armi da fuoco e armi bianche

Folgorazione

NORME DI SICUREZZA DURANTE LE SIMULAZIONI

PER LA SICUREZZA E L'INCOLUMITÀ DEI SIMULATORI E DEI SOCCORRITORI, RICORDIAMO ALCUNI PUNTI FONDAMENTALI:

A VOLTE IL SIMULATORE STA VERAMENTE MALE E NON RIESCE A CHIAMARE IL CODICE DI SICUREZZA (**PAPA**). L'istruttore e/o il simulatore devono interrompere immediatamente la simulazione e chiamare il codice di sicurezza **PAPA**

Sui simulatori non eseguire manovre invasive se non con materiale modificato e concordato precedentemente con gli istruttori e i simulatori:

- non si effettua il massaggio cardiaco.
- non si effettua la respirazione artificiale.
- non si effettua l'intubazione salvo diversamente concordato in precedenza con l'istruttore e tutti i simulatori presenti, effettuando precedentemente alcune prove con tubo tagliato e modificato.
- non usare il laringoscopio in gola.
- non usare in bocca la cannula di guedel (può essere posta sul viso all'esterno).
- non stringere troppo i tourniquet o i bendaggi compressivi.

Indicazioni sull'utilizzo dei presidi ed elettromedicali:

AMBU: il presidio non va posto aderente al volto del simulatore (quest'ultimo deve essere in grado di respirare autonomamente).

MONITOR/DEFIBRILLATORE: meglio non utilizzarlo oppure utilizzarlo spento e senza attaccare le piastre. (Posizionare gli elettrodi sul simulatore per il monitoraggio)

AGHI, AGOCANNULE, SIRINGHE: non vanno mai infilati ma solamente dichiarati e fissati in maniera adeguata e sicura, senza ago, con il cerotto sul braccio.

COLLARE ED ALTRI PRESIDI NON INVASIVI: fare molta attenzione a come vengono posti, possono creare dolore al simulatore.

Tutti i presidi utilizzati sul corpo del simulatore (maschere, tubi...) devono essere dichiarati in modo chiaro dal soccorritore all'istruttore ASAC ed al simulatore, permettendo in questa maniera al simulatore di accorgersi anche ad occhi chiusi della presenza di questi ultimi e di comportarsi così in maniera coerente con il soccorso.

ATTENZIONE! Nel caso i presidi posti non vengano dichiarati all'istruttore ASAC, il simulatore agirà come se questi non siano presenti!

FARMACI: il medico, l'infermiere devono dichiarare, anche se il simulatore è incosciente, la sostanza iniettata, il suo effetto ed il tempo in cui agisce, impiegando il tempo necessario all'esecuzione della procedura di somministrazione del farmaco

stesso. (es. prendere la vena, preparare il farmaco in siringa o flebo, iniettarlo...)

questi tempi vanno rispettati sia dal soccorritore che dal simulatore!!!

Nel caso in cui non vengano dichiarati all'istruttore ASAC, il simulatore agirà come se nessuna sostanza fosse stata iniettata!

E' MOLTO IMPORTANTE ATTENERSI ALLA REALTA':

per una simulazione realistica i soccorritori sono tenuti a prendere seriamente la simulazione e si invitano a non avere un atteggiamento di derisione; i soccorritori si devono attenere alla scena che si presenta loro, al contesto della simulazione e quindi a non lavorare troppo di fantasia!

MANICHINO: il manichino è in arresto sia respiratorio che cardiaco salvo diversamente specificato (sarà l'istruttore a specificare la situazione) **non inventare evoluzioni inesistenti in nessun caso!**

Il simulatore è un essere umano vivo: se il simulatore ha freddo: **coprilo!**

ASCOLTARE il simulatore, spesso vuol dire ricevere indicazioni utili a capire la patologia e l'accaduto.

Verificare realmente i parametri vitali del simulatore:

- **la respirazione** può essere modificata per brevi attimi e aiuta a capire la patologia.
- **il battito cardiaco** e la pressione non possono essere modificati, devono essere misurati per capire lo stato reale del simulatore.
- **Simulazione di decesso:** in caso di decesso dichiarato dal medico, prima di abbandonare il simulatore, prendersi cura di lui... accertarsi che stia comodo e non abbia freddo.

INTERROMPRE LA SIMULAZIONE se il simulatore dice:

PAPA: ... o il dolore è momentaneo e legato alla manovra specifica e il soccorritore può alleviarlo con una semplice mossa, o il simulatore sta realmente male e necessita di intervento medico immediato (o di persona competente).

La simulazione può essere interrotta, in qualsiasi momento, anche dall'istruttore o dal soccorritore, qualora riscontrino situazioni di pericolo o elevato disagio. Il codice per interrompere la simulazione è sempre: **PAPA**

I CODICI DI SICUREZZA VANNO RICORDATI E DEVONO ESSERE CHIARI A TUTTI PRIMA DELL'INIZIO DELLA SIMULAZIONE E DEVONO ESSERE RISPETTATI.

SOFFOCAMENTO

Durante i primi istanti dell'evento il simulatore dovrà attrarre l'attenzione del soccorritore con colpi di tosse sempre più ingravescenti manifestando segni di agitazione e tachipnea, indicando come "punto di dolore" la gola (durata circa 30") e riproducendo lunghi sibili inspiratori.

Successivamente i colpi di tosse rallenteranno, dovrà portare entrambe le mani alla gola, simulare la totale impossibilità a produrre colpi di tosse o respiri efficaci (durata circa 30"), in modo da ottenere la corretta manovra di disostruzione da parte del soccorritore, infine, dovrà stendersi gradualmente a terra per poi terminare in stato di incoscienza.

RECITAZIONE

Dare particolare risalto tramite la gestualità all'ingestione di un corpo estraneo che non vi lascia respirare!!

PARAMETRI

A : stridore in fase inspiratoria

B : >25 atti / tachipnea

C : >100 bpm / tachicardia

D : AVPU: A

E: pallore rapidamente seguito da cianosi se l'ostruzione persiste

LA SIMULAZIONE SI AGGRAVA QUANDO

Il soccorritore ostacola il soggetto che tossisce, lo stende a terra, gli somministra liquidi, non esegue correttamente la manovra di soccorso!

LA SIMULAZIONE SI ATTENUA QUANDO

Il soccorritore incoraggia il soggetto a tossire e lo assiste nella prima fase di ostruzione parziale, passando poi alla corretta manovra di soccorso in caso di ostruzione completa.

PARAMETRI

A : ostruzione completa

B : 0 atti possibili movimenti cassa toracica

C : >100 bpm / tachicardia

D : AVPU: A → V → P → U

E: cianosi marcata

DISPNEA

BRADIPNEA: da 0 a 8 atti respiratori al minuto.

TACHIPNEA: superiore a 30 atti respiratori al minuto.

Tipologie di respiro simulabili:

Sibilante: tipico dell'asma (sibili lunghi e continui in espirazione).

Russante: tipico nelle patologie neurologiche (ictus, coma).

Gorgogliante: tipico dell'edema polmonare acuto e delle bronchiti croniche riacutizzate

Superficiale: si definisce così una respirazione troppo rapida e con un volume respiratorio molto ridotto tipico nei traumi toracici.

RECITAZIONE

Particolare attenzione alla respirazione per NON rischiare di iperventilare! I rumori respiratori devono essere riprodotti usando la voce in espirazione!!

PARAMETRI

A : schiuma rosata (edema polmonare)

B : bradipnea <8 atti

tachipnea >30

C : bradicardia <50 bpm

tachicardia >120 bpm

D : AVPU: A → V → P → U

E : cute cianotica e sudata (BRADIPNEA)

cute pallida e sudata (TACHIPNEA)

LA SIMULAZIONE SI ATTENUA QUANDO

Il soccorritore fa assumere una posizione semiseduta SEMPRE se non in presenza di traumi, somministra ossigeno se possibile, tranquillizza il simulatore, non fa eseguire sforzi; valuta i parametri vitali e raccoglie l'anamnesi!

LA SIMULAZIONE SI AGGRAVA QUANDO

Il soccorritore tenta di rimuovere corpi estranei, posiziona il simulatore in posizione antishock, provoca sforzi.

DOLORE TORACICO TIPICO [DOLORE CARDIACO]

I.M.A. : dolore toracico retrosternale di tipo costrittivo; può essere irradiato al braccio sinistro, al giugulo, alla mandibola, alla schiena e anche a livello dell'epigastrio. Dolore molto forte descritto anche come un peso che comprime sul torace, unito a sensazione di angoscia e di morte (angor), con presenza di pallore e dispnea. Insorge spesso sotto sforzo e si protrae per un tempo superiore ai 20-30 min. Dolore altalenante, ingravescente sotto sforzo che si attenua entro pochi minuti sono invece segni propri dell'attacco anginoso.

RECITAZIONE

Particolare attenzione alla respirazione per NON rischiare di iperventilare! Dare molto peso alla gravità del dolore, ai sintomi e all'angor: Portare sempre le mani al petto. CERCARE DI INDIRIZZARE I SOCCORRITORI alla identificazione della patologia dando informazioni tipiche del dolore cardiaco che è costante e non si modifica con i movimenti respiratori o la palpazione. E' utile inscenare l'insorgenza del dolore a seguito di una sforzo fisico e descrivere l'evento come già accaduto in passato a seguito del quale è stata prescritta la terapia specifica.

PARAMETRI

A : pervie con secchezza delle fauci

B : >25 atti / tachipnea

C : >100 bpm / tachicardia

D : AVPU: A

E: cute pallida e sudata

LA SIMULAZIONE SI ATTENUA QUANDO

Il soccorritore fa assumere la posizione semiseduta SEMPRE se non in presenza di traumi. Riduce al minimo gli sforzi, e tranquillizza il paziente. Valuta i parametri vitali somministra ossigeno se possibile raccoglie l'anamnesi completa del soggetto, previene l'ipotermia.

LA SIMULAZIONE SI AGGRAVA QUANDO

SAPERSI AGGRAVARE

Il soccorritore posiziona il simulatore in posizione antishock, lo abbandona, provoca sforzi o agita il paziente, non valuta i parametri vitali, non somministra ossigeno se a disposizione, non previene l'ipotermia.

DOLORE TORACICO ATIPICO

Dolore toracico di tipo trafittivo che a differenza del dolore cardiaco può aumentare e diminuire nonché accentuarsi durante il movimento respiratorio oppure alla palpazione e insorge prevalentemente sotto sforzo. Può essere irradiato alla schiena e a livello dell'epigastrio. Dolore molto forte a volte provocato da infiammazione all'apparato muscolo scheletrico oppure dovuto a un'infiammazione pleurica.

RECITAZIONE

Particolare attenzione alla respirazione per NON rischiare di iperventilare! La recitazione deve essere differenziata dall'I.M.A. fornendo informazioni tipiche, il dolore va' e viene, è di tipo trafittivo. Spesso il paziente è un soggetto giovane sottoposto a stress e fatica fisica: descrivere l'evento come già accaduto in passato a seguito del quale non è stata diagnosticata nessuna problematica di origine cardiaca.

PARAMETRI

A : pervie con secchezza delle fauci

B : 16—18 atti

C : 80—100 bpm

D : AVPU: A

E: rosea

LA SIMULAZIONE SI ATTENUA QUANDO

Il soccorritore fa assumere la posizione semiseduta se non sono presenti traumi. Riduce al minimo gli sforzi, e tranquillizza il paziente. Valuta i parametri vitali, raccoglie l'anamnesi completa del soggetto.

LA SIMULAZIONE SI AGGRAVA QUANDO

Il soccorritore posiziona il simulatore in posizione antishock, lo abbandona, provoca sforzi o agita il paziente, non valuta i parametri vitali.

LIPOTIMIA

Improvvisa perdita di coscienza dovuta ad una brusca riduzione del valore pressorio che causa un'insufficiente afflusso di sangue al cervello. Il soggetto perde la consapevolezza del mondo esterno e del proprio corpo e non è in grado di compiere nessuna azione volontaria.

RECITAZIONE

Particolare attenzione alla mimica e alla gestualità prima di perdere coscienza, il soggetto presenta acufene, vertigini, cefalea, astenia. Prestare attenzione alla caduta e rinvenire solo dopo essere stati messi in posizione antishock!! Al risveglio non ci si ricorda l'accaduto, parlata rallentata, nausea a volte vomito ...

PARAMETRI PRE

A : pervie con caduta della lingua

B : 12 - 15 atti

C : <80 bpm → bradicardia

Polso radiale assente

D : AVPU: P → V → A

E: cute pallida e molto sudata

PARAMETRI POST

A : pervie

B : 12 - 15 atti

C : <80 bpm → bradicardia

D : AVPU: A → U

E: cute pallida

LA SIMULAZIONE SI ATTENUA QUANDO

Il soccorritore fa assumere la posizione antishock SEMPRE se non in presenza di traumi! Valuta i parametri vitali e somministra ossigeno se possibile! Quando il soggetto riprende coscienza farà assumere la P.L.S. rivaluta i parametri vitali e raccoglie un'anamnesi completa del soggetto per identificare le possibili cause.

LA SIMULAZIONE SI AGGRAVA QUANDO

Il soccorritore provoca agitazione, abbandona, contraria il soggetto, provoca sforzi. Se non fa assumere la posizione antishock il simulatore può rimanere in stato di incoscienza!

ISCHEMIA CEREBRALE

Interruzione del flusso ematico cerebrale che provoca danni temporanei (T.I.A.) oppure irreversibili (ICTUS) al CERVELLO. Il soggetto può presentare afasia, atassia, difficoltà a parlare o di articolare un discorso di senso compiuto, mal di testa, nausea e vomito, disorientamento, mancanza di motilità agli arti, formicolio, respiro russante, deviazione della rima orale, emiparesi.

RECITAZIONE

Stato confusionale, perdita di espressione, emiparesi ,compreso il viso (bocca), difficoltà a respirare con sbuffo caratteristico a “fumatore di pipa” con tendenza a russare e fatica nel parlare, totale incapacità a deambulare.

PARAMETRI

A : schiuma alla bocca e/o vomito

B : < 15 bradipnea

C : < 60 bradicardia

D : AVPU: A→V→P→U

E: cianosi periferiche

LA SIMULAZIONE SI ATTENUA QUANDO

Il soccorritore fa assumere la posizione con capo e tronco sollevati se non in presenza di traumi. Riduce al minimo gli sforzi, e tranquillizza il paziente. Valuta i parametri vitali, somministra ossigeno se possibile, raccoglie l’anamnesi completa del soggetto, valuta attentamente la motilità.

LA SIMULAZIONE SI AGGRAVA QUANDO

Il soccorritore provoca agitazione, lo abbandona, posizione antishock, provoca sforzi, cerca di far deambulare il soggetto. Se non fa assumere la posizione corretta il simulatore accentua l’aggravamento dei sintomi.

CRISI EPILETTICA

Patologia riguardante il sistema nervoso centrale che in simulazione possiamo suddividere in 3 fasi facilmente identificabili:

fase tonica 30" : improvviso irrigidimento muscolare associato ad urlo epilettico, seguirà la caduta a terra(da effettuarsi sempre in sicurezza).

fase clonica 1': scosse rapide improvvise interessano tutto il corpo.

fase comatosa 1': rilassamento completo della muscolatura corporea, dopo circa un minuto di completa incoscienza segue il risveglio con stato confusionale e forte disagio per l'accaduto.

PARAMETRI

A : schiuma alla bocca e/o sangue

B : >25 atti / tachipnea

C : >100 bpm / tachicardia

D : AVPU: U→P→V→A

E: cute pallida e sudata

RECITAZIONE

Stato confusionale, disagio, volto flaccido con perdita di espressione, irrigidimento e momentanea paralisi dei muscoli, difficoltà a respirare con tendenza a russare nella fase comatosa, dolore alle articolazioni.

LA SIMULAZIONE SI ATTENUA QUANDO

Il soccorritore protegge il capo e il corpo da traumi durante le convulsioni allontanando eventuali rischi dal simulatore, valuta i parametri vitali, previene l'ipotermia e nella fase comatosa fa assumere la Posizione Laterale di Sicurezza. Durante il risveglio evita gli sforzi, somministra ossigeno ed effettua un sostegno emotivo a chi ha appena sperimentato la perdita di coscienza.

LA SIMULAZIONE SI AGGRAVA QUANDO

Il soccorritore trasmette ansia, abbandona e contraria il simulatore: ne contiene le scosse, non facilita la respirazione, insufficiente supporto psicologico in fase post critica.

IL SOGGETTO DISABILE, PSICHIATRICO

Il compito del simulatore è quello di fare presente al soccorritore quali sono le difficoltà che riscontra nel contesto della scena e non deve mai perdere la concentrazione per non uscire dal personaggio.

Questa simulazione richiede grande attenzione, capacità di dialogo e padronanza del personaggio.

Il soccorritore allontana il simulatore dalla scena cercando di distrarlo dall'accaduto, mantiene un atteggiamento cortese e professionale, valuta i suoi parametri vitali, raccoglie l'anamnesi e non lo lascia mai da solo e chiede se ha delle esigenze particolari.

PARAMETRI

A : vie aeree pervie

B : 16 atti / normale

C : 80 bpm / normale

D : AVPU: A

E: cute rosea

RECITAZIONE

La creazione del personaggio è di fondamentale importanza.

LA SIMULAZIONE SI ATTENUA QUANDO

Il Soccorritore mette il soggetto in condizione di sicurezza allontanando dalla scena in maniera cortese e professionale e , se necessario, impegnandolo in modo attivo nelle manovre di soccorso. Valuta sempre i suoi parametri vitali, raccoglie comunque l'anamnesi, e non lo abbandona mai.

LA SIMULAZIONE SI AGGRAVA QUANDO

Il soccorritore trasmette ansia, ignora e abbandona, contraria il soggetto, contiene fisicamente, non esegue un buon sostegno emotivo, oppure non lo rende parte attiva nel soccorso.

IL DISTURBATORE

Il compito del disturbatore è quello di tenere impegnato un soccorritore della squadra fino a quando non viene completamente valutato oppure intelligentemente utilizzato come parte attiva nel soccorso. **Il disturbatore non dovrà mai esagerare per non essere confuso con il paziente agitato**, ma dovrà semplicemente essere d'intralcio alle squadre dei soccorritori costringendoli a porgergli attenzione. Il disabile, il non vedente, i bambini, o i portatori di Handicap, rientrano in questa categoria.

RECITAZIONE

Paziente impiccione e maldestro (es. il curioso in strada) in grado di causare pericolo per se stesso e per gli altri; se valutato e tenuto in debita considerazione è sempre collaborante. Grande attenzione, capacità di dialogo e padronanza del personaggio sono necessari per personaggi più complessi come il soggetto disabile o il "non vedente".

PARAMETRI

A : vie aeree pervie

B : 16 atti / normale

C : 80 bpm / normale

D : AVPU: A

E: cute rosea

LA SIMULAZIONE SI ATTENUA QUANDO

Il Soccorritore mette in sicurezza la scena allontanando il disturbatore in maniera cortese e professionale e , se necessario, impegnandolo in modo attivo nelle manovre di soccorso. Valuta sempre i suoi parametri vitali, raccoglie comunque l'anamnesi , e non lo abbandona mai.

LA SIMULAZIONE SI AGGRAVA QUANDO

Il soccorritore trasmette ansia, ignora e abbandona, contraria il soggetto, contiene fisicamente, non esegue un sostegno emotivo, oppure non lo rende parte attiva nel soccorso.

CRISI D'ANSIA O PANICO

Personaggio molto complesso che richiede grande concentrazione, utilizzabile in qualsiasi scena, il suo stato può essere generato dal contesto o dall'accaduto. Il pianto, la mimica facciale di chi è spaventato, l'atteggiamento di chiusura sono tipici del personaggio e difficili da mantenere in simulazione. E' di grande importanza elaborare a fondo il personaggio prima di inscenarlo, attenzione a non iperventilare.

RECITAZIONE

Paziente disperato o spaventato, capace di causare pericolo per se stesso e per gli altri; trasmette ansia, paura e sconforto. Il simulatore non dovrà mai uscire dalla recitazione: accentuare la paura, il pianto, la voce tremolante, lo sconforto, i brividi, la richiesta di AIUTO! Creare il personaggio attorno all'accaduto per motivare il proprio stato di disagio.

PARAMETRI

A : pervie

B : >25 atti / tachipnea

C : >100 bpm / tachicardia

D : AVPU - A

E: cute pallida e sudata

LA SIMULAZIONE SI ATTENUA QUANDO

Non lo lascia mai da solo!! Il sostegno emotivo che accetta le paure che il simulatore manifesta è OBBLIGATORIO e il contatto fisico e la capacità di ascoltare senza giudicare o cercare di sminuire l'accaduto mantenendo un atteggiamento professionale sono requisiti fondamentali. Il soccorritore deve valutare i parametri vitali, proteggere dall'ipotermia e raccogliere l'anamnesi non lasciandolo mai solo.

LA SIMULAZIONE SI AGGRAVA QUANDO

Il soccorritore lo lascia abbandonato a se stesso, non valuta i parametri, lo allontana dalla scena senza controllo costante di un altro soccorritore, non parla con un tono di voce calmo e rassicurante. Il soccorritore lo allontana e lo mette in sicurezza cercando di mantenerlo calmo e rassicurandolo.

CRISI ISTERICA

Personaggio molto complesso che richiede grande concentrazione, utilizzabile in scenari prevalentemente domestici in cui vicende private, disagi, liti familiari o sentimentali possono essere elementi scatenanti. La mimica facciale è di chi finge lo stato di incoscienza palesando però segni tipici quali occhi chiusi serrati, mani a ostetrica e reattività a dolore provocato, che sono propri della patologia. E' di grande importanza elaborare a fondo il personaggio prima di inscenarlo, attenzione a non iperventilare.

RECITAZIONE

Paziente che cerca di attirare l'attenzione inscenando uno stato simile all'incoscienza. Il simulatore dovrà dapprima permanere in questo stato per poi palesare uno stato di paura, il pianto, la voce tremolante, lo sconforto, i brividi, la richiesta di AIUTO per un forte stress psicologico! Creare il personaggio all'interno di uno scenario familiare o comunque sempre in presenza di altre persone con le quali vi è un legame affettivo.

PARAMETRI

A : pervie

B : >25 atti / tachipnea

C : 80 bpm

D : AVPU : U → SIMULATA

E: rosea

LA SIMULAZIONE SI ATTENUA QUANDO

Il soccorritore allontana i familiari presenti e gli astanti e lo mantiene calmo e lo rassicura. Non lo lascia mai da solo!! Il sostegno emotivo è OBBLIGATORIO e il contatto fisico e la capacità di ascoltare senza giudicare o cercare di sminuire l'accaduto mantenendo un atteggiamento professionale, sono requisiti fondamentali. Il soccorritore deve valutare i parametri vitali , proteggere dall'ipotermia e raccogliere l'anamnesi.

LA SIMULAZIONE SI AGGRAVA QUANDO

Il soccorritore lo lascia abbandonato a se stesso, non valuta i parametri, non allontana gli astanti, usa un tono di voce inquisitorio, sottovaluta l'accaduto.

L'AGITATO

Il compito del simulatore sarà quello di tenere impegnato un soccorritore della squadra fino a quando non sarà completamente valutato o quanto meno allontanato dalla scena. Potrà risultare ingestibile nella prima parte solo per indurre i soccorritori a richiedere l'intervento delle forze dell'ordine, il suo stato d'animo sarà di grande agitazione e scarsa collaborazione. Capace di causare pericolo per se stesso e per gli altri, ma se valutato, tenuto in debita considerazione, allontanato e sostenuto emotivamente e continuamente diventa collaborante. Spesso questo personaggio è utilizzato per inscenare liti, malviventi, pazienti psichiatrici.

PARAMETRI

A : pervie

B : >25 atti / tachipnea

C : >100 bpm / tachicardia

D : AVPU: A

E: rosea

RECITAZIONE

Paziente molto agitato e arrabbiato, a volte nei primi minuti NON GESTIBILE, solo per indurre i soccorritori a preservare la loro sicurezza personale, ma se allontanato dalla scena, valutato e sostenuto emotivamente diventa collaborante e di più facile gestione.

LA SIMULAZIONE SI ATTENUA QUANDO

Il Soccorritore allontana il simulatore e lo mette in sicurezza cercando di distrarlo dall'accaduto, usa un atteggiamento cortese e professionale. Cerca di valutare i parametri vitali e raccogliere l'anamnesi, distoglie l'attenzione del soggetto dall'elemento scatenante.

LA SIMULAZIONE SI AGGRAVA QUANDO

Il soccorritore lo lascia abbandonato a se stesso, non valuta i parametri, non lo allontana dalla scena, lo lascia senza controllo costante di un altro soccorritore, non parla con un tono di voce calmo e rassicurante.

INTOSSICAZIONE OCCASIONALE DA ALCOOL

RECITAZIONE

Paziente impiccione, maldestro, andatura barcollante, parlata sbiascicata, con nausea, vomito, a volte sonnolento, caratterizzato da repentini cambiamenti d'umore, ma se valutato e tenuto in debita considerazione diventa collaborante.

PARAMETRI

A : pervie a volte vomito

B : 16 atti / normale

C : 80 bpm / normale

D : AVPU: A

E: alito alcolico, cute rossa e sudata

Personaggio semplice da interpretare perché incarna la persona di tutti i giorni che ha occasionalmente assunto una dose elevata di alcolici. Maldestro sconclusionato, burlone e simpatico non è in grado di deambulare in autonomia e ricerca spesso l'appoggio e il sostegno. Non deve mai esagerare per non essere confuso con il paziente agitato ma deve semplicemente essere MOLTO POCO LUCIDO per costringere così i soccorritori a prestargli attenzione. Deve essere messo al più presto in sicurezza perché in grado di mettere a rischio la propria incolumità e quella degli altri.

LA SIMULAZIONE SI ATTENUA QUANDO

Il Soccorritore allontana il simulatore e lo mette in sicurezza cercando di tenerlo seduto e di valutare i parametri vitali, raccoglie l'anamnesi, usa un atteggiamento cortese e professionale.

LA SIMULAZIONE SI AGGRAVA QUANDO

Il soccorritore lo lascia abbandonato a se stesso, non valuta i parametri, non lo allontana dalla scena, lo lascia senza controllo costante di un altro soccorritore, non parla con un tono di voce calmo e rassicurante.

INTOSSICAZIONE CRONICA DA ALCOOL

Personaggio molto particolare: il disadattato! E' una figura complessa, sia dal punto di vista sanitario sia dal punto di vista della gestione del disagio psicosociale. Chiuso, spaventato, burbero, sofferente per la fame, per il freddo e per il suo stato di disagio. E' molto importante creare la storia di un personaggio con un passato travagliato emotivamente molto forte. La sua assuefazione all'alcool fa sì che debba bere per non star più male, per non sentire il dolore, per non patire le sofferenze della vita.

RECITAZIONE

Creare un personaggio complesso, con grave disagio psicosociale, l'assunzione di alcool abituale è un rimedio per non sentire la fame, il dolore, il freddo. Molto irascibile, scontroso e chiuso in se stesso, ma se valutato e tenuto in debita considerazione diventa collaborante.

PARAMETRI

A : pervie

B : 16 atti / normale

C : 80 bpm / normale

D :AVPU: A

E: cute rossa

LA SIMULAZIONE SI ATTENUA QUANDO

Il soccorritore lo asseconda e lo mette in sicurezza cercando di mantenerlo calmo e rassicurandolo, valuta i parametri vitali e raccoglie l'anamnesi cerca di rendere la sua situazione più agiata offrendogli magari cibo, bevande calde, vestiti asciutti cerca di convincerlo a recarsi in ospedale per un controllo sanitario. Non lo lascia mai da solo!! Fornisce una costante attenzione alle sue manifestazioni emotive!

LA SIMULAZIONE SI AGGRAVA QUANDO

Il soccorritore lo lascia abbandonato a se stesso, non valuta i parametri, non lo asseconda, lo contraddice, lo lascia senza controllo costante di un altro soccorritore, non parla con un tono di voce calmo e rassicurante.

INTOSSICAZIONE DA DROGHE

Vista la vastità delle droghe in circolazione è necessario riassumerle dividendole nei seguenti gruppi riepilogando i principali effetti:

- **Opiacei: oppio, eroina, morfina, metadone**

Flash, parola impastata, rallentamento dei movimenti e sonnolenza, disorganizzazione dei pensieri, miosi, scarsa percezione della realtà, apatia, egocentrismo, sensazione di benessere, prurito.

- **Stimolanti: coca, anfetamina, smart-drugs, antidepressivi, khat, crack**

“Su di giri”, senza sonno per giorni e settimane, perdita totale dell’appetito, perdita di peso estrema, pupille dilatate, eccitato, loquace, illusorio senso di potere, paranoia, depressione, perdita di controllo, nervosismo, sudorazione insolita, tremori, ansietà, allucinazioni, aggressività, violenza, giramenti di testa, sbalzi d'umore, visione offuscata, confusione mentale, agitazione.

- **Sedativi: barbiturici, tranquillanti**

Diminuzione delle inibizioni, rallentamento della coordinazione motoria, letargia, muscoli rilassati, miosi, andatura barcollante, incapacità di giudizio, lentezza, riflessi incerti, disorientamento e parlata confusa.

- **Allucinogeni: ecstasy, LSD, funghi, ketamina**

Capacità di facilitare i rapporti sociali, estrema sensibilizzazione sensoriale stimolazione psicomotoria, riduzione del senso di stanchezza, della fame della sete, del sonno e perfino del dolore sudorazione profusa, secchezza della bocca, pelle d'oca e ipertermia nausea e vomito, cefalea intensa, difficoltà di deambulazione, visione confusa.

- **Cannabis: marijuana, hashish**

Risata eccessiva e incontrollata, smemorato, perdita di memoria a breve termine, letargia estrema, capacità motorie ritardate, occasionale paranoia, allucinazioni, ozio, mancanza di motivazione, stupidità, forti sbalzi d’umore e del comportamento.

RECITAZIONE

Paziente molto instabile in grado di causare pericolo per se stesso e per gli altri, poco collaborante . Portare particolare attenzione all’accentuare i comportamenti tipici generati dalla tipologia di droga assunta ...

Dedicare molta attenzione alla creazione del personaggio.

PARAMETRI

A : pervie

B : >25 atti

tachipnea

C : >100 bpm tachicardia,

ipertensione

PARAMETRI

A : pervie

B : <10 atti bradipnea

C : <60 bpm bradicardia,

D : AVPU: V - P MIOSI

E: cute cianotica

LA SIMULAZIONE SI ATTENUA QUANDO

Il Soccorritore allontana il simulatore dalla scena e lo mette in sicurezza cercando di tranquillizzarlo e sostenendolo emotivamente, mantiene un atteggiamento cortese e professionale, indaga sul tipo di sostanze assunte e valuta i parametri vitali.

In caso di perdita di coscienza o coma effettua le manovre di B.L.S. e posiziona il paziente in Posizione laterale di sicurezza.

LA SIMULAZIONE SI AGGRAVA QUANDO

Il soccorritore lo lascia abbandonato a se stesso, non valuta i parametri, non lo allontana dalla scena, lo lascia senza controllo costante di un altro soccorritore, non parla con un tono di voce calmo e rassicurante.

TABELLA EFFETTI DROGHE

NOME COMMERCIALE E DI STRADA	ecstasy giuggiola adam xtc roll cala pasta	anfetamina speed	roipnol darkene mexican valium	popper jolt	mda love drug	special K super K cadaverina K Obi Wuan	Isd acido trip A cubo francobollo	peyote
EFFETTI	effetto entactogeno ed empatogeno, rilassamento, empatia con l'ambiente, auto-accettazione, esaltazione delle percezioni	stimolanti del sistema nervoso centrale, aumento della loquacità, senso di superiorità, sensazione di benessere	<u>nell'uso medico:</u> sedativo ipnotico, cura dell'insonnia. Utilizzate spesso per calmare i sintomi dell'ecstasy	sensazione di benessere diffuso, lieve euforia, rilassamento muscolare, ipotensione	induce euforia, aumento della sensibilità tattile e della libido, sensazione di aumento dell'energia	<u>dosaggio basso:</u> allucinazioni, dissociazione fra mente e corpo. <u>dosaggio alto:</u> sensazione di essere realmente morto	<u>trip= viaggio allucinogeno.</u> visioni e sensazioni più intense, sentirsi in modo differente	contenuto in varie specie di cactus (peyote). Provoca allucinazioni visive
EFFETTI INDESIDERATI	depressione, mal di testa, vertigini, nausea, vomito, aumento della temperatura corporea, anoressia, perdita d'appetito, riduzione dell'attività sessuale, inversioni ritmo sonno-veglia, aggressività	aumento dell'aggressività, paranoia, ipertensione, insonnia, febbre. L'uso prolungato può portare un disturbo simile a schizofrenia e paranoia	amnesia, disturbi visivi, abbassamento della pressione, ritenzione urinaria	alterazioni della vista, nausea, tachicardia, mal di testa, vertigini, stordimento	è due volte più neurotossica dell'ecstasy	dissociazione, sensazione di morte, paranoia, secchezza fauci, difficoltà respiratoria, nausea e vomito	panico, non consapevolezza dei pericoli, ipertermia, tachicardia, insonnia, psicosi	nausea, vomito, panico
DIPENDENZA	può dare dipendenza psicologica e sviluppa una leggera tolleranza	può dare dipendenza	sviluppa tolleranza, dipendenza fisica e psicologica	non si conoscono effetti di dipendenza fisica	può dare dipendenza psicologica e sviluppa una leggera tolleranza	psicologica	sviluppa tolleranza, dipendenza psicologica	sviluppa tolleranza
DURATA DELL'EFFETTO	da 3 a 5 ore. Strascichi fino a 24 ore	più di 24 ore	8 ore con strascichi fino a 24 ore	1-2 minuti	da 8 a 12 ore	dai 30 ai 90 minuti	dalle 6 alle 12 ore con strascichi fino a 24 ore	dalle 4 alle 8 ore

CRISI D'ASTINENZA

Il compito del simulatore sarà quello di far capire al soccorritore la causa del suo grande stato di malessere senza palesare la sua dipendenza. Non dovrà mai esagerare, il suo stato d' animo sarà di grande ansia e scarsa collaborazione, sarà capace di causare pericolo per se stesso e per gli altri; presenterà agitazione psicomotoria, vomito, crampi muscolari, tremori, lacrimazione, sudorazione abbondante e tachicardia. Il simulatore dovrà accentuare la continua ricerca di quella cosa che può farlo stare bene.

RECITAZIONE

Prestare particolare attenzione allo stato di agitazione. Il soggetto cattivo, irascibile. Sono segni caratteristici: disagio, nausea, dolori addominali e agitazione psicomotoria sono punti caratteristici, tremori, paura di non riuscire a resistere al bisogno incessante di una dose. Spesso può essere introdotto in scena come soggetto pericoloso che pur di potersi drogare tenta lo scippo, il furto, la rapina, per recuperare denaro, a volte armato con una semplice siringa, la tossicodipendenza crea disagio e stress alle persone vicine per paure di malattie come l' AIDS.

PARAMETRI

A : pervie

B : >25 atti / tachipnea

C : >100 bpm / tachicardia

D : AVPU: A

E: cute pallida e molto sudata

LA SIMULAZIONE SI ATTENUA QUANDO

Il Soccorritore allontana il simulatore e lo mette in sicurezza cercando di tranquillizzarlo, offrendogli aiuto e conforto convincendolo a recarsi in ospedale, usa atteggiamento cortese e professionale, valuta i parametri vitali raccoglie l'anamnesi, lo assiste e lo incoraggia a superare il desiderio e la ricerca della dose che può far cessare il suo stato di dolore.

LA SIMULAZIONE SI AGGRAVA QUANDO

Il soccorritore lo lascia abbandonato a se stesso, non valuta i parametri, non lo allontana dalla scena, non lo asseconda cercando di guadagnarsi la sua fiducia, non parla con un tono di voce calmo e rassicurante.

CONTENERSI

INTOSSICAZIONE ALIMENTARE

Il compito del simulatore sarà quello di far capire al soccorritore qual è la causa del suo stato di malessere solo dopo un'attenta e completa valutazione. Presenterà forti dolori addominali, vomito, nausea e nel caso di intossicazione da funghi anche allucinazioni e stato di agitazione psicomotoria.

RECITAZIONE

Paziente agitato a causa dei forti dolori addominali, ricercare sempre la posizione antalgica con gambe flesse e accentuare la nausea e i conati di vomito, mani sempre posizionate sul punto di dolore all'addome .

PARAMETRI

A : pervie /vomito / scialorrea

B : >25 atti

C : <100 bpm

D : AVPU: A

E: cute pallida e sudata

LA SIMULAZIONE SI ATTENUA QUANDO

Il Soccorritore aiuta il simulatore a mantenere costantemente la posizione antalgica e in caso di vomito valuta la capacità del soggetto di mantenere pervie le vie aeree e in caso di alterazione dello stato di coscienza fa assumere la P.L.S., valuta i parametri vitali, raccoglie attentamente l'anamnesi, avanzi di cibo e le eventuali confezioni di cibi in scatola. Cerca al più presto di identificare la causa dell'intossicazione alimentare e non lo lascia mai da solo!!

LA SIMULAZIONE SI AGGRAVA QUANDO

Il soccorritore lo lascia abbandonato a se stesso, non valuta i parametri, somministra liquidi, lo induce a deambulare, non favorisce la posizione antalgica, non parla con un tono di voce calmo e rassicurante.

INTOSSICAZIONE DA MONOSSIDO DI CARBONIO

Personaggio complesso perché spesso utilizzato nella riproduzione di un tentativo di suicidio, ma può essere tipico anche in persone evacuate da locali incendiati o in abitazioni dove stufe e caldaie mal funzionanti possono aver accidentalmente causato questo tipo di intossicazione. Il suo stato di coscienza si presenterà alterato con cefalea, nausea e vomito, disturbi della vista, confusione, sonnolenza, negli stadi più gravi potrà presentarsi in stato di coma con crisi convulsive e respiro agonico.

RECITAZIONE

Particolare attenzione allo stato di semi incoscienza, a marcare la cefalea e la nausea unite allo stato soporoso. Se non allontanato dalla scena, valutato e abbondantemente ossigenato può precipitare in stato di incoscienza e avere anche crisi convulsive.

PARAMETRI

A : pervie

B : < 10 atti bradipnea

C : > 100 bpm tachicardia

D : AVPU: V→P→U

E: cute rosso ciliegia

LA SIMULAZIONE SI ATTENUA QUANDO

Il Soccorritore mantiene costantemente la posizione semiseduta per favorire la respirazione e in caso di vomito e incoscienza utilizza la P.L.S. Cerca al più presto di allontanarlo dalla causa dell' intossicazione e di somministrare ossigeno, non lo lascia mai da solo e valuta continuamente i parametri vitali e se possibile raccoglie l'anamnesi.

LA SIMULAZIONE SI AGGRAVA QUANDO

Il soccorritore lo lascia abbandonato a se stesso, non valuta i parametri, non favorisce l'ossigenazione, lo lascia senza controllo costante di un altro soccorritore, non lo allontana dalla fonte di intossicazione. Anche il soccorritore può a sua volta presentare gli stessi sintomi se non arieggia il locale o non si allontana dalla fonte di emissione.

IPO E IPER GLICEMIA

Il compito del simulatore sarà quello di far risaltare i segni e sintomi che distinguono i due stati di alterazione dei livelli glicemici.

IPERGLICEMIA: secchezza delle fauci e forte sete, dolori addominali, mal di testa, stato soporoso, respirazione profonda e rapida, pelle secca rossa e calda, labbra secche alito acetone, vomito.

IPOGLICEMIA: astenia e tremori, sudorazione intensa, sensazione di fame, vertigini e mal di testa, alterazioni dello stato di coscienza con comportamenti ostili/aggressivi; respiro normale, pelle pallida fredda, possibili convulsioni negli stadi più gravi, coma.

RECITAZIONE

Particolare attenzione alle alterazioni della coscienza e allo stato soporoso. Se non identificato lo stato di coma ipoglicemico e risolto tramite la somministrazione di zucchero, permane lo stato di incoscienza.

PARAMETRI

A : pervie (IPO)

Pervie/secchezza delle fauci (IPER)

B : >25 atti (IPER) /normale (IPO)

C : >100 bpm (IPER); 80 bpm (IPO)

D : AVPU: A—V—P—U

E: cute pallida e sudata (IPO);

cute rossa e calda (IPER)

LA SIMULAZIONE SI ATTENUA QUANDO

Il soccorritore effettua una valutazione completa dei parametri vitali e dell'anamnesi, posiziona in P.L.S., somministra zucchero a piccoli pizzichi sotto la lingua nell'ipoglicemia, aiuta il paziente a testare la propria glicemia e ad assumere l'insulina nell'iperglicemia.

LA SIMULAZIONE SI AGGRAVA QUANDO

Il soccorritore lo lascia abbandonato a se stesso, non valuta i parametri vitali, non identifica la patologia.

IL PARTO

Simulazione molto complessa che può essere riassunta in quattro fasi:

1. Si iniziano ad avvertire le contrazioni sopportabili e irregolari, può esserci la rottura delle acque, possono comparire dolori simili a quelli mestruali localizzati nella parte bassa della schiena.
2. Fase di dilatazione in cui le contrazioni aumentano progressivamente di intensità fino a divenire in uno spontaneo impulso a spingere.
3. Periodo espulsivo il feto fuoriesce grazie alle spinte lunghe e molto dolorose che la mamma compie.
4. Fase di secondamento in cui la mamma ha ancora piccole contrazioni spontanee e espelle la placenta.

PARAMETRI

A : pervie

B : >25 atti / tachipnea

C : >100 bpm / tachicardia

D : AVPU: A

E: cute rosea e molto sudata

RECITAZIONE

Attenzione alla fase dell'evento in cui la simulazione deve incominciare. Il forte dolore incalzato dalle contrazioni via via più frequenti, il forte desiderio di spingere e la sensazione di incapacità a proseguire a causa del dolore sono tipiche del periodo espulsivo. Nella fase di secondamento invece permane grande spossatezza e rilassamento, la mamma pensa solo più alla salute del neonato. Particolare attenzione all'utilizzo della voce e al rischio di iperventilazione.

LA SIMULAZIONE SI ATTENUA QUANDO

Il soccorritore effettuata una valutazione completa della partoriente, la aiuta a mantenere la posizione semi seduta (schiena appoggiata gambe flesse e divaricate), la supporta durante le contrazioni, le fa sentire la partecipazione emotiva, sostiene la testa del neonato durante la fase espulsiva, valuta i parametri vitali del neonato, previene l'ipotermia e assiste la donna durante la fase del secondamento.

LA SIMULAZIONE SI AGGRAVA QUANDO

Il soccorritore abbandona la partoriente, non ne valuta i parametri vitali, non manifesta vicinanza emotiva continua, non assiste il bambino durante l'espulsione, non effettua un'accurata valutazione del neonato, non protegge dall'ipotermia la mamma e il neonato, e soprattutto, non consente alla mamma di vedere e avere notizie sullo stato di salute del figlio.

PUNTURA DI INSETTO

Vespe calabroni e api sono i protagonisti principali di questa simulazione in quanto sono dotati di un sacco velenifero. Il loro morso può scatenare una reazione orticarioide localizzata, forte dolore nel punto di inoculo con prurito locale o generalizzato. Solitamente quando le punture sono multiple insorge nausea, vomito, dolori addominali, diarrea e talvolta perdita di coscienza.

RECITAZIONE

Particolare attenzione allo stato di agitazione, eritema e dolore nel punto di morsicatura, nausea, e agitazione psicomotoria sono segni caratteristici delle fasi iniziali. Guidare il soccorritore verso l'identificazione della causa del malessere: evidenziando il punto del morso ed il peggioramento delle condizioni con il passare del tempo.

PARAMETRI

A : pervie

B : 12-15 atti

C : 80-100 bpm

D : AVPU: A

E: rossore localizzato

LA SIMULAZIONE SI ATTENUA QUANDO

Il soccorritore mantiene e aiuta il simulatore a mantenere la posizione semi seduta, valuta i parametri vitali, medica e raffredda la puntura, accoglie la sua paura e lo tranquillizza, raccoglie un'anamnesi completa, identifica i fattori di rischio quali allergie conclamate alle punture di insetti o numero elevato di punture.

LA SIMULAZIONE SI AGGRAVA QUANDO

Il soccorritore abbandona il simulatore, non ne valuta i parametri vitali, non accoglie la sua paura e lo tranquillizza, non effettua la medicazione, non raffredda la parte lesa.

MORSO DI VIPERA

Simulazione molto particolare e spesso usata in quanto richiede una tecnica di bendaggio specifica...La morsicatura lascia un'impronta di due denti veleniferi in due punti ravvicinati, come due punti di spillo distanti fra loro circa 1 cm. da cui esce un liquido rossastro. La sensazione di puntura sparisce rapidamente, compare torpore e edema locale, la pelle diventa marmorizzata, e dopo pochi minuti compaiono dolori intensi sudorazione e angoscia.

RECITAZIONE

Particolare attenzione allo stato di agitazione, eritema e dolore nel punto di morsicatura, nausea, dolori addominali e agitazione psicomotoria sono segni caratteristici delle fasi iniziali. Guidare il soccorritore verso l'identificazione della causa del malessere: evidenziando il punto del morso ed il peggioramento delle condizioni con il passare del tempo.

PARAMETRI

- A : pervie
- B : > 20 atti tachipnea
- C : >100 bpm tachicardia
- D : AVPU: A
- E: arrossamento ed edema localizzato

LA SIMULAZIONE SI ATTENUA QUANDO

Il soccorritore mantiene il simulatore in posizione distesa, valuta i parametri vitali, medica la morsicatura e esegue un bendaggio linfostatico con relativa immobilizzazione dell'arto per ritardare la diffusione del veleno, accoglie la sua paura e mostra le azioni di soccorso in atto, raccoglie un'anamnesi completa.

LA SIMULAZIONE SI AGGRAVA QUANDO

Il soccorritore abbandona il simulatore, non ne valuta i parametri vitali, non effettua un sostegno emotivo, non effettua la medicazione comprensiva del bendaggio linfostatico.

COLPO DI SOLE

Il colpo di sole è causato da un'esposizione prolungata con importante perdita di liquidi e sali, tipica nei soggetti giovani durante lo svolgimento di attività sportive o lavorative. Il soggetto presenterà vertigini e ronzii, disorientamento, debolezza, incapacità a deambulare, annebbiamento della vista, nei casi più gravi alterazione dello stato di coscienza.

RECITAZIONE

Attenzione nel guidare il soccorritore alla causa del malessere derivato da una lunga esposizione al sole. Il paziente inizialmente si presenta soporoso, debole e disorientato, e peggiora se non viene messo all'ombra e non gli viene abbassata la temperatura corporea, brividi e sensazione di freddo insorgono a seguito del trattamento.

PARAMETRI

A : pervie con secchezza delle fauci

B : >25 atti / tachipnea

C : >100 bpm / tachicardia

D : AVPU: U→P→V→A

E: cute rossa e sudata

LA SIMULAZIONE SI ATTENUA QUANDO

Il soccorritore mantiene costantemente la posizione antishock, valuta i parametri vitali, copre con una coperta umida e cerca di raffreddare la cute del simulatore per abbassare la temperatura; se il soggetto è lucido somministra liquidi o soluzione salina e lo trasporta in luogo fresco e ventilato. Sostiene emotivamente!

LA SIMULAZIONE SI AGGRAVA QUANDO

Il soccorritore lo lascia abbandonato a se stesso, non valuta i parametri, non effettua un sostegno emotivo continuo, non effettua il trattamento per abbassare la temperatura corporea, non posiziona il soggetto all'ombra.

IL TRAUMA

Queste patologie rappresentano alcune tra le più frequenti all'interno delle simulazioni, è pertanto molto importante porre attenzione, nella recitazione, all'intensità e al tipo di dolore che varia a seconda della gravità della lesione. Spesso sono utilizzate fasi dinamiche all'interno dello scenario in cui il simulatore dovrà mettere in scena l'evento che ha causato il tipo di trauma.

ESCORIAZIONE, FERITE, LUSSAZIONI, DISTORSIONI, FRATTURE

PARAMETRI

A : pervie

B : 16 atti / normale

C : 80 bpm / normale

D : cute pallida a volte

AVPU: A

RECITAZIONE:

ESCORIAZIONE E TAGLI

Il dolore è localizzato al punto della ferita, è di bassa entità, e se medicato correttamente recede fino a scomparire. Infastiditi dalla vista del proprio sangue possiamo indurre il soccorritore a porre immediata attenzione alla medicazione.

LUSSAZIONI

Dolore forte o molto forte su tutta l'articolazione interessata, impotenza funzionale, tumefazione con alterazione del normale profilo anatomico, formicolio o parestesia della parte distale dell'arto interessato, totale incapacità a compiere movimenti a causa del fortissimo dolore.

DISTORSIONI

Molto simile alla lussazione differisce solo dal fatto che l'allineamento dei capi ossei che viene a mancare nel caso precedente qui è solamente temporaneo. I sintomi principali sono gonfiore localizzato, dolore al movimento con movimenti limitati ma possibili.

FRATTURE CHIUSE

Il dolore è molto forte con sensazione soggettiva di cedimento o di crack, impotenza funzionale, tumefazione unita ad alterazione della sensibilità e intorpidimento della parte distale dell'arto.

FRATTURE ESPOSTE

Le caratteristiche sono simili a quelle delle fratture chiuse ma unite a una lacerazione della cute con fuoriuscita di un segmento osseo che può causare un'emorragia venosa o capillare.

TRAUMA CRANICO E DI COLONNA

Queste patologie sono frequenti all'interno delle simulazioni: è quindi molto importante rispettarne i segni e i sintomi indirizzando così correttamente i soccorritori.

Spesso, all'interno della simulazione, sono abbinate a fasi dinamiche in cui il simulatore dovrà "mettere in scena" l'evento che ha causato la patologia; a volte invece ciò non è possibile a causa di dinamiche molto importanti (ad es. caduta da altezza superiore ai tre metri o impatti ad alta velocità, crolli o esplosioni).

PARAMETRI

A : pervie / vomito a getto

B : 12→10→8 atti

C :70→50→40 bpm bradicardia

D : AVPU: A—V—P—U

E. cute pallida e molto sudata

RECITAZIONE

1° fase: occhi chiusi, risposte confuse, effettua movimenti finalistici;

2° fase: occhi chiusi, emette solo suoni, mobilità scorretta;

3° fase: incosciente, caduta della lingua e respiro russante, estende gli arti superiori li intraruota.

Attenzione nel simulare la contrattura muscolare di difesa a causa della deformità della colonna: intorpidimento, paralisi degli arti inferiori, confusione, alterazione dello stato di coscienza, amnesia, disturbi visivi e uditivi, cefalea, nausea e vomito a getto.

Spesso il trauma cranico è associato ad anisocoria e otorragia: attenzione alla simulazione dello stato soporoso in questi casi.

LA SIMULAZIONE SI ATTENUA QUANDO

Il soccorritore immobilizza e mantiene correttamente in asse l'intero rachide, ascolta le preoccupazioni del traumatizzato e lo tranquillizza mostrandogli cosa si sta' facendo per lui , valuta i parametri vitali, e la motilità, somministra ossigeno ad alti flussi se possibile.

LA SIMULAZIONE SI AGGRAVA QUANDO

Il soccorritore lo lascia abbandonato a se stesso, non valuta i parametri, non effettua sostegno emotivo continuo, non immobilizza il rachide correttamente, non somministra ossigeno ad alti flussi.

AMPUTAZIONE

Questa patologia è una tra le più sceniche e di difficile riproduzione in cui è molto importante la parte recitativa oltre al trucco. L'evento scatenante deve essere di forte gravità, il soggetto sarà a terra urlante e molto agitato vicino ad una grande quantità di sangue e se non soccorso prontamente andrà velocemente in stato di incoscienza a causa dello shock ipovolemico.

RECITAZIONE

Prestare attenzione all'atteggiamento di difesa della parte lesa, alla simulazione del fortissimo dolore e dello stato di grande agitazione. Se l'emorragia non viene arrestata il soggetto diventerà via via sempre più soporoso e tenderà a passare in stato di incoscienza. Se soccorso e tenuto in posizione antishock il soggetto resterà cosciente ma molto agitato per l'accaduto e per il danno ad esso arrecato, con particolare attenzione a ricercare la parte amputata e a manifestare angoscia e paura per non poter più recuperare la completa funzionalità.

PARAMETRI

A : pervie

B : >25 atti / tachipnea

C : >100 bpm / tachicardia
percettibile solo il carotideo

D : AVPU: A

E: cute pallida e molto sudata

LA SIMULAZIONE SI ATTENUA QUANDO

Il soccorritore esegue correttamente l'emostasi: pone l'arto in "scarico", effettua una compressione diretta, posiziona il tourniquet correttamente. Fa assumere la posizione antishock, monitorizza i parametri vitali, infusione di liquidi e ascolta e presta attenzione alle paure che il simulatore manifesta e lo tranquillizza mostrandogli cosa si sta' facendo per lui, raccoglie la parte amputata preservandone l'integrità.

LA SIMULAZIONE SI AGGRAVA QUANDO

Il soccorritore non effettua una corretta emostasi, non valuta i parametri vitali, non previene e non contrasta l'insorgenza dello stato di shock.

EVISCERAZIONE

Questa patologia è una tra le più sceniche e di difficile simulazione, il trucco è di difficile riproduzione e costringe il simulatore ad effettuare movimenti contenuti, a mantenere una posizione a volte scomoda senza potersi rilassare per tutta la durata della simulazione.

RECITAZIONE

Particolare attenzione all'atteggiamento di difesa della parte lesa, alla simulazione del forte dolore ed allo stato di grande agitazione. Il simulatore si troverà in posizione semiseduta, dovrà essere tenuto con le gambe flesse per ridurre il dolore e contenere i visceri, che dovranno essere irrorati e contenuti con un telino sterile .

PARAMETRI

A : pervie

B : >25 atti / tachipnea

C : >100 bpm / tachicardia

D : AVPU: A

E: cute pallida e sudata

LA SIMULAZIONE SI ATTENUA QUANDO

Il soccorritore pone sempre molta attenzione al tamponamento di un eventuale emorragia, irroro continuamente con soluzione fisiologica la parte lesa, mantiene le gambe flesse per ridurre la tensione dei muscoli addominali danneggiati, copre i visceri con telino sterile, valuta continuamente i parametri vitali ed effettua ascolto delle preoccupazioni del traumatizzato e lo tranquillizza spiegandogli cosa si sta' facendo per lui.

LA SIMULAZIONE SI AGGRAVA QUANDO

Il soccorritore lo lascia abbandonato a se stesso, non valuta i parametri, non previene lo stato di shock, non effettua la medicazione mantenendo la posizione antalgica, non effettua un sostegno emotivo continuo.

USTIONI

Questa è una delle patologie più dolorose e sceniche da interpretare, richiede una grande concentrazione e dispendio di energie in quanto dovremo esprimere un grande stato di agitazione e di sofferenza a seconda del grado e dell'estensione dell'ustione.

PARAMETRI

A : pervie

B : >25 atti / tachipnea

C : >100 bpm / tachicardia

D : AVPU: A

E: cute rossa e secca con flittene

RECITAZIONE

Inizialmente molto agitato e con fortissimi dolori tende ad aggravarsi se non viene eseguita la posizione antishock e non gli viene raffreddata la zona della lesione. Attenzione nel far capire al soccorritore che il dolore diminuisce grazie alla continua irrorazione delle parti ustionate. Mantenere un atteggiamento di protezione della parte lesa.

LA SIMULAZIONE SI ATTENUA QUANDO

Il soccorritore esegue e mantiene la posizione antishock in caso di ustione estesa e se non c'è compromissione delle vie aeree, protegge con garze sterili e continua ad irrorare la parte lesa. Valuta il grado di gravità dell'ustione e la percentuale corporea interessata, valuta continuamente i parametri vitali, ascolta e presta attenzione al dolore che il simulatore manifesta, lo tranquillizza mostrandogli cosa si sta' facendo per lui, previene l'ipotermia, attua terapia antalgica.

LA SIMULAZIONE SI AGGRAVA QUANDO

Il soccorritore lo lascia abbandonato a se stesso, non valuta i parametri, non raffredda le parti ustionate, non previene lo stato di shock, non effettua emotivo costante, non attua terapia antalgica.

AZIONE/REAZIONE

ASSIDERAMENTO

Il simulatore dovrà far capire al soccorritore che la causa del proprio malessere è dovuta allo scenario in cui si trova. Inizialmente incosciente o soporoso, rallentato a causa della forte IPOTERMIA, se trattato correttamente e riscaldato diventerà gradualmente più lucido e collaborante.

PARAMETRI

A : pervie

B : <10 bradipnea

C : <50 bradicardia

D : AVPU: P→V→A

E: cute pallida e marezzata

RECITAZIONE

Particolare attenzione allo stato soporoso: il paziente si presenta debole e disorientato nella prima fase per poi aggravarsi se non viene messo al caldo e non gli viene innalzata la temperatura corporea. Attenzione nel far capire al soccorritore l'alterazione di mobilità e sensibilità agli arti: simulando la sensazione di freddo con brividi e intorpidimento.

LA SIMULAZIONE SI ATTENUA QUANDO

Il soccorritore toglie gli indumenti bagnati al simulatore, lo copre e porta in un luogo caldo e asciutto mobilizzandolo con cautela e cerca di riattivare la circolazione periferica posizionando le mani del simulatore nel cavo ascellare o inguinale, somministra bevande calde zuccherate se è in grado di assumerle.

LA SIMULAZIONE SI AGGRAVA QUANDO

Il soccorritore lo lascia abbandonato a se stesso, non valuta i parametri, non effettua sostegno emotivo continuo, non effettua il trattamento per innalzare la temperatura corporea, non elimina gli indumenti bagnati, non trasporta in luogo asciutto e caldo, produce un forte shock termico.

FERITA DA ARMI DA FUOCO E ARMI BIANCHE

RECITAZIONE

Attenzione allo stato soporoso e alla dispnea. Inizialmente debole e disorientato si aggrava se non viene posizionato nella posizione idonea; per es. (semi seduto per il PNX oppure in antishock per una grossa emorragia). Particolare attenzione nel far capire al soccorritore che il problema principale non è il sanguinamento periferico nella zona del trauma a causa della lacerazione della cute o della parete muscolare, ma l'interessamento dei grandi organi sottostanti che provocano lo stato di shock. Come in tutte le simulazioni di un evento traumatico il simulatore dovrà cercare di "mettere in scena", oltre al dolore localizzato nella sede del trauma, anche tutte quelle complicanze tipiche delle lesioni che possono interessare i grandi organi contenuti nel torace o nell'addome. Una ferita da sparo o una ferita da penetrazione con arma bianca nella zona toracica potranno causare un PNX o uno stato di shock dovuto ad un'emorragia arteriosa.

PARAMETRI

A : pervie
B : >25 atti / tachipnea
C : >100 bpm / tachicardia
percettibile solo il carotideo
D : AVPU: A
E: cute pallida e sudata

LA SIMULAZIONE SI ATTENUA QUANDO

Il soccorritore decomprime PNX e favorisce la posizione semi seduta per la ferita da arma da fuoco con interessamento al torace e sospetto di PNX, applica le corrette manovre antishock, immobilizza correttamente i corpi estranei conficcati se presenti, valuta sempre i parametri vitali, favorisce la respirazione somministrando ossigeno.

LA SIMULAZIONE SI AGGRAVA QUANDO

Il soccorritore lo lascia abbandonato a se stesso, non valuta i parametri, non effettua il trattamento per il sospetto di PNX, non previene lo shock, non favorisce l'ossigenazione, non effettua sostegno emotivo continuo che gli permetta di manifestare la paura e la rabbia che sta' provando, rimuove il corpo estraneo.

FOLGORAZIONE

Le conseguenze del contatto con la corrente elettrica sono di varie gravità in relazione ai diversi fattori: tensione della corrente, percorso, resistenza del corpo e contatto con eventuali catalizzatori e natura della corrente. Il passaggio della corrente elettrica produce ustioni limitate al punto di entrata e di uscita molto dolorose. Il paziente può essere scaraventato a distanza con conseguenti effetti di natura traumatica, può avere scosse di natura convulsiva e se non sopraggiunge la paralisi dei muscoli respiratori al risveglio accuserà forte dolore diffuso al torace e nel punto di ustione.

RECITAZIONE

Inizialmente molto agitato e con fortissimi dolori tende ad aggravarsi se non viene eseguita la posizione antishock e non gli viene raffreddata la zona della lesione. Attenzione nel far capire al soccorritore che il dolore diminuisce grazie alla continua irrorazione delle parti ustionate. Mantenere un atteggiamento di protezione della parte lesa.

PARAMETRI

A : pervie

B : >25 atti / tachipnea

C : >100 bpm / tachicardia

D : AVPU: U→P→V→A

E: cute rossa e secca con flittene nel punto di ustione

LA SIMULAZIONE SI ATTENUA QUANDO

Il soccorritore esegue e mantiene la posizione antishock protegge con garze sterili e continua ad irrorare la parte lesa. Valuta il grado di gravità dell'ustione e la percentuale corporea interessata, valuta continuamente i parametri vitali, sostiene emotivamente il simulatore e previene l'ipotermia.

LA SIMULAZIONE SI AGGRAVA QUANDO

Il soccorritore lo lascia abbandonato a se stesso, non valuta i parametri, non raffredda le parti ustionate, non previene lo stato di shock, non effettua supporto psicologico continuo.

LE 10 REGOLE D'ORO DEL BUON SIMULATORE

1) PRESERVA SEMPRE LA TUA SICUREZZA PERSONALE SIA DAL PUNTO DI VISTA FISICO CHE PSICOLOGICO;

2) LA SIMULAZIONE HA SEMPRE UN OBIETTIVO: FORMARE, ADDESTRARE, AGGIORNARE E VALUTARE I DISCENTI;

3) IL BUON SIMULATORE CONOSCE I SEGNI E SINTOMI PROPRI DELLA PATOLOGIA DA METTERE IN SCENA E LE TECNICHE CORRETTE DI SOCCORSO;

4) LA SIMULAZIONE È FINALIZZATA A FAR RICONOSCERE AL SOCCORRITORE LA PATOLOGIA DA SOCCORRERE E IL SIMULATORE INTERAGISCE IN BASE AL SOCCORSO RICEVUTO;

5) SE IL SOCCORSO È CORRETTO LO STATO DEL PAZIENTE MIGLIORA ALTRIMENTI PEGGIORA E IL SIMULATORE CONTRASTA LE MANOVRE DI SOCCORSO PER FAR RECEPIRE AL SOCCORRITORE CHE STA SBAGLIANDO;

87

6) IL SIMULATORE HA DEGLI ANGELI CUSTODI CHE LO AIUTANO A METTERE AL MEGLIO IN ATTO LA SIMULAZIONE ... IL SUO TRUCCATORE ED ISTRUTTORE;

7) IL SIMULATORE COLLABORA CON IL GRUPPO TRUCCATORI E ISTRUTTORI AL MASSIMO PER RENDERE UNO SCENARIO IL PIÙ POSSIBILE ADERENTE ALLA REALTÀ;

8) UNA BUONA SIMULAZIONE RICHIEDE SEMPRE UNA BUONA "PROVA ZERO" IN PRESENZA DELL'ISTRUTTORE;

9) NON USA MAI VIOLENZA FISICA NEI CONFRONTI DEI DISCENTI E NON INDUCE MAI I SOCCORRITORI ALL' ESASPERAZIONE;

10) SI METTE SEMPRE IN GIOCO E CREA SEMPRE PERSONAGGI INVENTATI MAI ATTINENTI ALLA SUA VITA REALE.

**E SOPRATTUTTO SI DIVERTE SEMPRE....CON SERIETA' E
COERENZA!!**

SCHEDA RIASSUNTIVA VALUTAZIONI SOCCORSO

1- INFORMAZIONI DISPATCH

2- VALUTAZIONE AMBIENTALE

- protezione dai fluidi corporei
- sicurezza della scena (Evento dinamico)
- natura della patologia (**TRAUMA vs PATOLOGIA MEDICA**)
- numero dei feriti
- risorse aggiuntive
- ingresso sulla scena

3- CRITERI DI STABILITA' O INSTABILITA' FISIOLOGICHE

Segnali spia di criticità

- | | |
|--|--|
| Impressione generale | <ul style="list-style-type: none">- vie aeree compromesse- apnea o respirazione inadeguata- assenza di polso |
| Valutazione neurologica (stato mentale) | <ul style="list-style-type: none">- assenza di movimenti spontanei degli occhi- assenza di movimenti spontanei o risposte a stimoli dolorosi- disorientamento relativo ad anno/mese/giorno- incapacità di muovere a comando le dita di mani e piedi |
| Valutazione vie aeree | <ul style="list-style-type: none">- alterazione stato mentale con incapacità a proteggere vie aeree- rumori ostruttivi come stridore, russare, gorgoglio- ostruzione dovuta a vomito, secrezioni, sangue o corpi estranei |
| Valutazione respirazione | <ul style="list-style-type: none">- apnea- FR < 8 o > 30- rumori respiratori diminuiti o assenti- minimo o assente passaggio di aria- retrazione spazi intercostali |
| Valutazione circolo | <ul style="list-style-type: none">- polsi centrali o periferici deboli o assenti- FC < 60 o > 100- polso irregolare- unghie, cute, palmo delle mani pallidi o cianotici- cute fredda e sudata |



4- VALUTAZIONE INIZIALE - VALUTAZIONE PRIMARIA -ABCDE

Impressione generale (QUICK LOOK 10 sec)

- Identificazione del problema principale
- Identificazione dei pericoli immediati
- Posizionamento del paziente

Valutazione dello stato mentale

- | | |
|-------------------------|---|
| A (Alert) | - Paziente vigile |
| V (Verbal) | - Paziente risponde agli stimoli verbali |
| P (Painful) | - Paziente risponde agli stimoli dolorosi |
| U (Unresponsive) | - Assenza di risposta |

Valutazione delle vie aeree

- apertura delle vie aeree (chin lift o jaw thrust, cannula, TL, IO, ...)

Valutazione attività respiratoria e ventilazione

GAS (Guardo, Ascolto, Sento) 10 sec

FR - Frequenza Respiratoria

- | | | |
|-------|--------------|--------------------------|
| < 8 | troppo lenta | - ventilazione assistita |
| 8-24 | normale | - osservare |
| 24-30 | aumentata | - ossigeno ed osservare |
| > 30 | aumentata | - ventilazione assistita |

Valutazione del circolo ed emorragie

- polso FC < 80 (bradicardia)- FC > 100 (tachicardia) - FC tra 80 e 100 (normale)
- pressione
- emorragie
- cute (colore - temperatura - umidità - riempimento capillare: normale 2 sec)

Rimozione abiti e protezione ipotermia

Priorità del ferito

CRITICO vs NON CRITICO

**Durante ABCDE
Valutare e trattare
ogni condizione di pericolo**

5- ANAMNESI ED ESAME OBIETTIVO MIRATI

Sintomo principale

Storia clinica

S.A.M.P.L.E.

Sintomi = O.P.Q.R.S.T.

Signs & Symptoms	Onset	Origine, tipo di insorgenza	<i>E' insorto gradualmente o all'improvviso?</i>
	Palliation / provocation	Provocato, peggiorato o alleviato da...	<i>Cosa fa peggiorare il dolore? Cosa allevia il dolore?</i>
	Quality	Qualità, tipo	<i>Dov'è localizzato il dolore? Qual'è l'intensità del dolore? (acuto, lacerante, oppressivo, ...)</i>
	Radiation / location	Riferito a... Irradiato a ...	<i>Dov'è irradiato il dolore? Dove si diffonde?</i>
	Severity	Scala della intensità	<i>Su una scala da 0 a 10 quanto è forte il dolore?</i>
	Time	Tempo, durata	<i>Quanto è durato il dolore? Quando è iniziato il dolore?</i>
Allergies	Allergie		
Medications	Medicine - Farmaci		
Past medical history	Precedenti malattie		
Last oral intake	Ultimo pasto		
Events prior to illness	Eventi ed ambiente correlati		

Esame obiettivo mirato

O.P.A.C.S.

Osserva	Il carattere del respiro: normale, difficoltoso (dispnea), agonico (gaspings). per verificare: - espansione toracica: simmetrica o no - presenza di lesioni osse a carico della gabbia toracica - presenza di crepitii (enfisema sottocutaneo)
Palpa	
Ascolta	presenza di murmure vescicolare (MV)
Conta	la frequenza respiratoria (atti/min)
Saturimetria	

6- VALUTAZIONE SECONDARIA - ESAME FISICO DETTAGLIATO

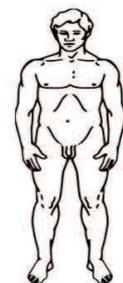
Testa-Collo-Torace-Addome-Pevi-Estremità-Dorso

Strumentazione aggiuntiva (monitor, pulsiossimetro, glicemia)

Valutazione dei segni vitali di base

- Respirazione
- Polso
- Cute
- Pressione arteriosa
- AVPU

Immobilizzazione e trasporto



7- VALUTAZIONE CONTINUA

- Paziente stabile ogni 15 minuti
- Paziente instabile ogni 5 minuti

Effetti speciali “casalinghi”

<p>Sangue</p>	<p>1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Salsa di soia - Colorante alimentare rosso - bicchiere/recipiente per mescolare <p>Schizza sangue: siringa+ tubicino plastica +rubinetto +cerotto</p>	<p>Nota: Il sangue sarà scuro, simile a quello arterioso.</p> <p>Composto commestibile.</p>
	<p>2)</p> <hr style="width: 30%; margin-left: 0;"/> <ul style="list-style-type: none"> - Sciroppo di acero - Gatorade blu - Colorante alimentare rosso - bicchiere/recipiente per mescolare 	<p>Nota: ottimo per essere utilizzato in bocca.</p> <p>Composto commestibile.</p>
<p>Vomito</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Succo di frutta - Biscotti 	<p>Composto commestibile.</p>



**SIMPLICITY IS
THE KEY TO
BRILLIANCE.**

Il presente manuale contiene indicazioni ad uso esclusivo dei Simulatoti ASAC e non può essere per nessun motivo divulgato e/o commercializzato.

Per ulteriori informazioni: info@asacitalia.it

Copyright ASAC

