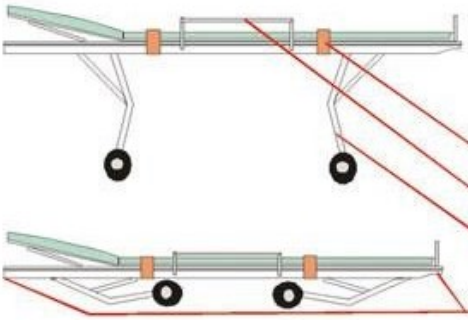
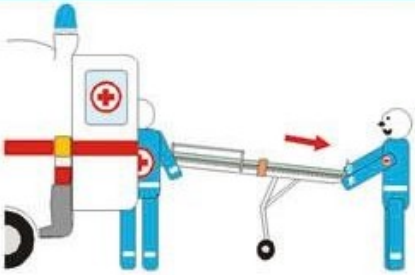
SEZIONE OVEST VICENTINO

SCHEDE SCHEMATICHE
MANOVRE ED ATTREZZATURE

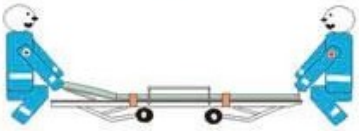
La barella



Strumento primario per il trasporto del pz. A seconda del modello possiede **caratteristiche costruttive diverse** - posizionamento dei leveraggi, degli sblocchi, del carrello - tali da rendere spesso incompatibile l'uso di una data barella su mezzi di soccorso diversi.
Ogni modello deve comunque possedere le **cinghie di sicurezza**, le **spondine laterali** lo **schienale regolabile** e il **carrello** per gli spostamenti.
Fondamentale conoscere il **sistema di leveraggio** per poter scaricare e caricare la barella sull'ambulanza e, se necessario, abbassarla a terra e sollevarla.



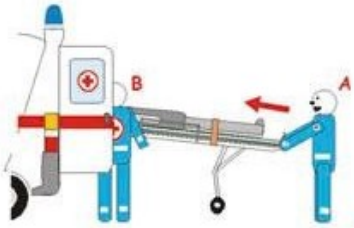
Un V.d.S., posto ai piedi del lettino, dopo aver sbloccato il fermo di sicurezza, scarica la barella dal mezzo.
Un secondo V.d.S. può essere utile per controllare che il carrello anteriore scenda e si blocchi in posizione verticale. Questo controllo è **obbligatorio** quando c'è un pz. sulla barella.



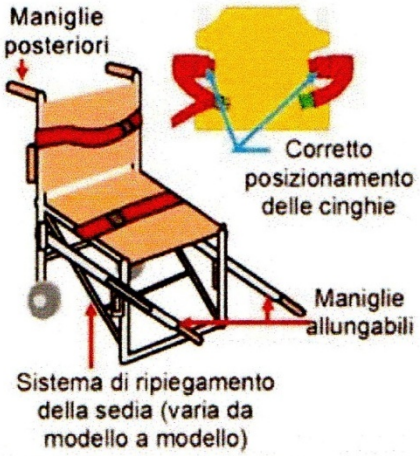
Due V.d.S. abbassano la barella a terra.
Alcuni modelli richiedono la presenza di un terzo V.d.S.

Il pz. viene caricato e **bloccato con le cinghie di sicurezza**, le **spondine laterali vengono sollevate.**

Due V.d.S. partendo da una **posizione accosciata** alzano la barella da terra. In alcuni modelli è **necessaria** la presenza di un terzo volontario.



Il V.d.S. **A**, ai piedi del lettino, si occupa della manovra delle leve di sbloccaggio del carrello, un secondo V.d.S., all'interno dell'ambulanza, controlla e aiuta l'entrata della barella. Il V.d.S. **B** posto al fianco della barella, la controlla e la sostiene per evitare che per un qualsiasi imprevisto "cada di testa". La posizione del Soc. **B** è **obbligatoria** quando si carica o scarica un pz. barellato.
E' **importante** soprattutto che nello scaricamento della barella con pz. controlli che il carrello si agganci correttamente, sia sostenendo la barella sia aiutando con un piede l'apertura a pantografo del carrello.
Prima di partire **controllare sempre** che sia posizionato il **fermo di sicurezza** e che il **portellone** del mezzo sia **chiuso**.



La sedia...

Telaio in lega di alluminio, rivestimento in plastica, pieghevole e molto maneggevole è dotata di cinghie di sicurezza per immobilizzare il pz. durante il trasporto. Esistono diversi modelli di sedia.

Ricordare:

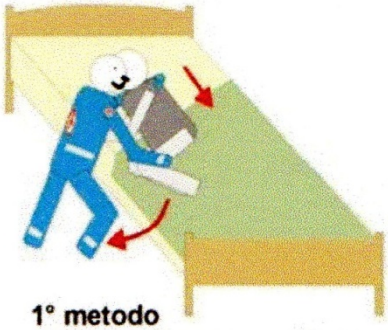
a) **provare sempre la stabilità prima** di far sedere il pz.

b) **Immobilizzare sempre il pz.** con le cinghie.

c) se si usa una sedia "caslinga" utilizzarla **solo per brevi spostamenti** (letto-barella...) e non sulle scale

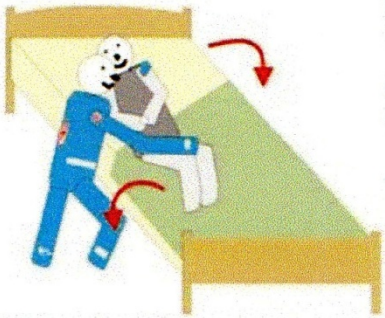
d) L'uso dell'ascensore è **sempre a rischio e pericolo** dei V.d.S.

Far sedere il pz. al bordo del letto



1° metodo

- Il pz. è coricato su un fianco, ginocchia piegate
- Afferrarlo con una mano sulla nuca
- Con l'altra mano afferrare le ginocchia dall'alto
- Ruotarlo e alzarlo per farlo sedere.



2° metodo

Il pz. flette le ginocchia rimanendo coricato sul dorso

- Cingere le sue spalle con un braccio
- Afferrare le ginocchia con l'altra mano passando da sopra
- Attirare le ginocchia verso di sé contro il bordo del letto
- Raddrizzare contemporaneamente il busto del pz. verso il bordo del letto

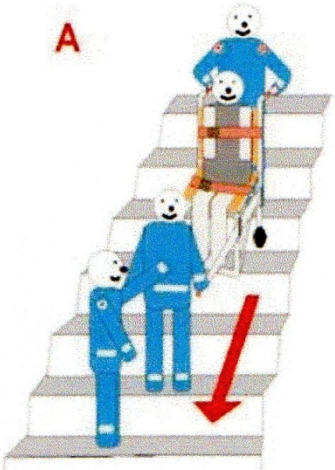
Posizionare il pz. sulla sedia

- La sedia è posizionata parallelamente a fianco del letto
- I piedi del pz. devono poggiare a terra
- Il V.d.S. è posizionato di fronte al pz., gambe leggermente flesse, i piedi davanti a quelli del pz. per impedirgli di scivolare
- Le fraccia del V.d.S. si infilano sotto le ascelle del pz. e con le mani lo afferra saldamente all'altezza delle anche.
- Le braccia del pz. sono attorno al collo del V.d.S.
- Leggero sollevamento e rotazione verso la sedia

Idem per posizionare il pz. dalla sedia alla barella a terra.

Discesa/salita di scale

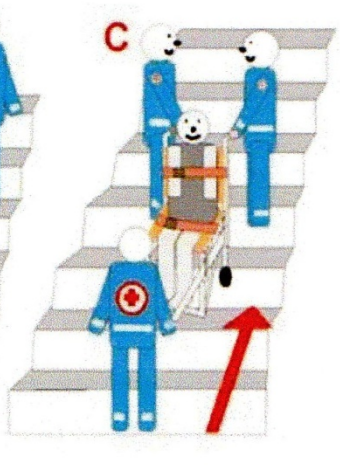
A



- Assicurare **sempere** il pz. con le **cinghie**
- Eliminare eventuali ostacoli
- **Sia in discesa che in salita il pz. deve essere sempre rivolto verso il basso** (fig. A, B, C)
- In discesa su scale ripide e/o strette un V.d.S. deve sempre far **sicurezza a valle** (fig. A)
- **Attenzione alle ruotine** della sedia: non devono appoggiare sugli scalini in quanto possono far perdere l'equilibrio.

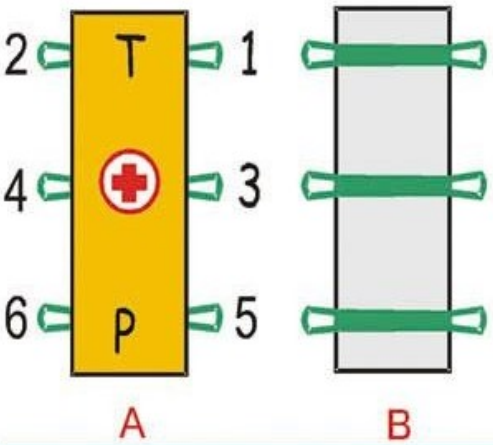
B

C



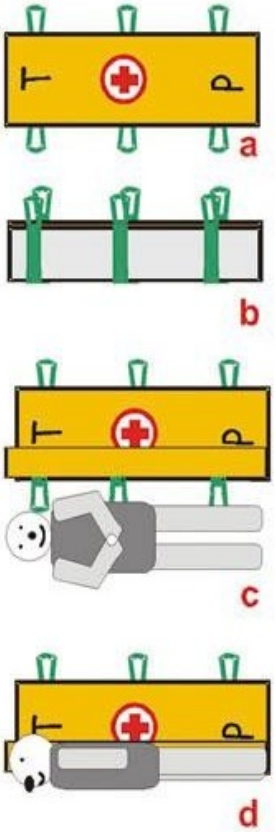
Il Telo

Attrezzatura più idonea per trasferire il pz. dal letto alla barella o viceversa oppure per il caricamento sulla barella di un pz. a terra.
NON deve essere usato con pz. che hanno subito **traumi** (anche di lieve entità) o quando si **sospetta** un qualsiasi tipo di **frattura**.
NON deve essere usato con pz. **incoscienti** o che necessitano di essere trasportati seduti.
Esistono vari modelli di telo, consigliabile usare quelli in PVC in quanto non si impregnano di liquidi e sono lavabili.



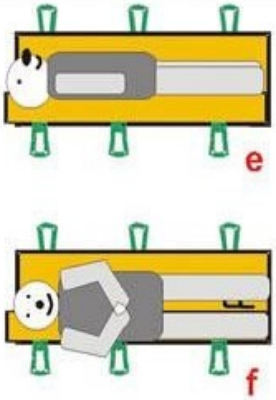
Il telo di PVC o di tela in genere ha sei maniglie.
Esistono teli con sistemi di impugnatura e disposizione delle maniglie diverso da quello in figura.

Fig. A: parte **superiore** del telo (dove si adagia il pz.). Le lettere T e P servono per indicare la posizione della testa e dei piedi del pz. rispetto alle maniglie impugnate dai soccorritori.
Fig. B: parte **inferiore** del telo, ci sono le cuciture delle maniglie, **non** si deve caricare il pz.

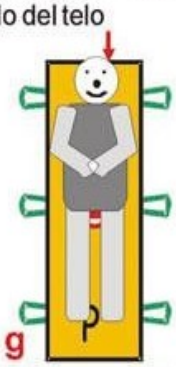


Posizionare il pz. sul telo

a) Distendere il telo a lato del pz.
b) Piegare il telo a metà.
c) Ripiegare la metà verso l'esterno controllando che le maniglie siano sempre all'esterno.
d) Ruotare il pz. su un lato (schiena a fianco della metà del telo).
Posizionare il telo ben contro il pz e all'altezza giusta (gli **occhi** del pz. devono essere all'**altezza del bordo del telo**).
f) Abbassare l'infortunato sul telo e ruotarlo dalla parte opposta per poter afferrare le maniglie e distendere il telo.
g) Distendere il pz. sul telo.



Occhi del pz. all'altezza del bordo del telo



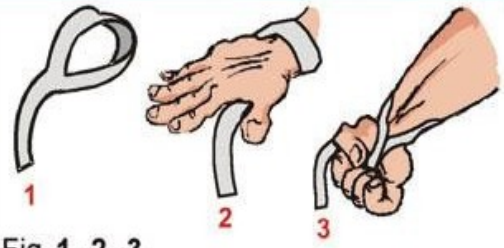
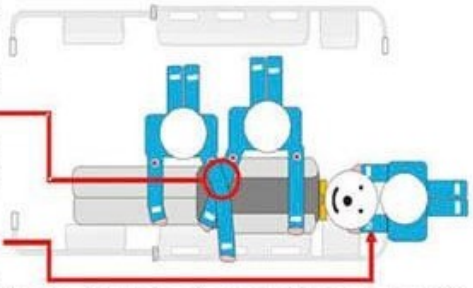


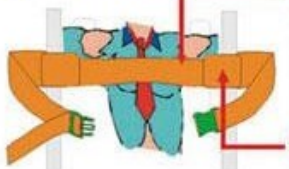
Fig. **1 - 2 - 3**
Modo corretto di impugnare le maniglie

Barella a cucchiaio

- Il pz. viene ruotato quel poco che permette di inserire la valva della barella a cucchiaio.
- I V.d.S. posti lateralmente al pz., incrociano le braccia per avere una trazione uniforme.
- Un V.d.S. è sempre alla testa del pz.,deve mantenere l'immobilizzazione, **coordinare** e seguire il minimo movimento di rotazione.
- La barella viene **chiusa contemporaneamente** dalle due estremità, oppure per **prima sempre dalla parte della testa.** Quando si scarica il pz. la barella viene **aperta** per **prima dai piedi**; usare solo in casi eccezionali l'apertura a "forbice" (sfilare senza aprire dalla testa).



Immobilizzazione sulla "cucchiaio"



a) La cinghia deve essere posta **prima** sul corpo del pz. (NON sotto la barella).
b) Quindi ogni capo fa un "giro morto" attorno alla maniglia sulla valva della barella.
c) La cinghia viene chiusa e regolata
La cinghia sul torace passa **sotto** le ascelle del pz.

Sollevamento e spostamento

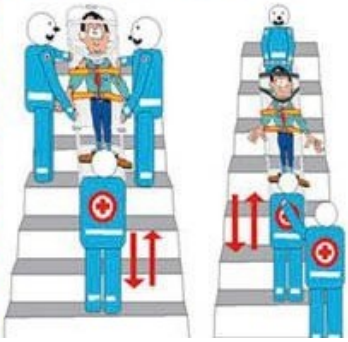
I V.d.S. sono accosciati e NON piegati in avanti

Spostamento laterale
a due soccorritori da evitare se non in casi eccezionali

Spostamento in avanti
Deve essere effettuato da **tre** soccorritori
Ricordare che la barella a cucchiaio è **idonea SOLO per trasportare il pz. per BREVI tratti.**

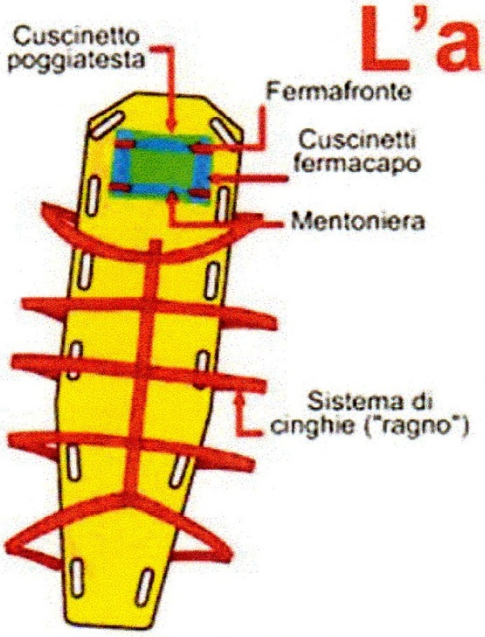
Caricamento su asse spinale
Con spostamento in avanti o con un quarto soccorritore che fa scivolare sotto la barella a cucchiaio sollevata l'asse spinale.
Il V.d.S. alla testa del pz. **mantiene l'immobilizzazione del capo** durante il sollevamento/spostamento fino all'immobilizzazione sull'asse spinale dopo aver sfilato la barella a cucchiaio.

Discesa/Salita di scale



Usare la barella a cucchiaio solo se non è assolutamente possibile farne a meno. Per i trasferimenti usare sempre l'asse spinale.
- Se lo spazio lo permette la barella viene trasportata da tre V.d.S. (due ai lati della barella e uno ai piedi).
- Su scale ripide e strette viene trasportata da due V.d.S. (uno ai piede e uno alla testa), il terzo V.d.S. fa sicurezza, controllando la discesa o la salita.

L'asse spinale



Esistono diversi modelli di asse spinale

Quando la barella a cucchiaio viene sfilata, il V.d.S. che alla testa del pz. continua a mantenere l'immobilizzazione del capo

Trasferimento sull'asse spinale

Il pz. viene spostato sull'asse spinale tramite la barella a cucchiaio. Un V.d.S. mantiene **sempre** l'immobilizzazione del capo.
Il trasferimento sull'asse spinale può avvenire anche senza utilizzare la barella a cucchiaio, applicando metodiche proprie del PHTLS, che richiedono coordinamento e preparazione specifica.

a)

b)

Immobilizzazione del capo sull'asse

c)

Posizionamento delle cinghie

a) Due V.d.S. (uno per lato dell'asse) posizionano e chiudono **contemporaneamente** il sistema di cinghie ("ragno") a livello di spalle, torace, bacino, cosce e gambe.

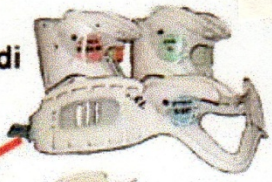
b) Una volta posizionato il "ragno" viene **stretto da un solo V.d.S.** che, partendo dalle gambe del pz., si pone a cavalcioni dell'asse e stringe **contemporaneamente** ogni coppia di cinture.

c) Si posizionano i fermacapo e le cinghie fermafronte e mentoniera (solo a questo punto il V.d.S. alla testa può lasciare la sua posizione).

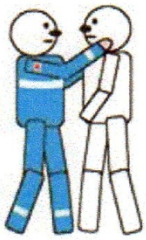
Collari cervicali

Presidio da applicare a TUTTI i soggetti con sospetta lesione di colonna
Per posizionare il collare l'infortunato deve essere supino, seduto o in piedi
Il posizionamento deve SEMPRE essere effettuato da DUE soccorritori

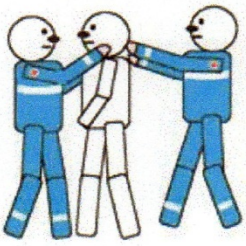
Esistono vari modelli di collari:
- Pezzo unico *(tipo Stifneck)*
- Due pezzi *(tipo Nec-loc)*
- Universale regolabile in altezza *(tipo Wizloc)*



L'approccio con il pz. deve essere FRONTALE. Avvicinandosi in un altro modo l'infortunato tenderebbe istintivamente a muoversi e/o girare la testa

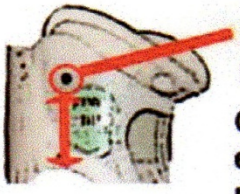


Una volta immobilizzata la testa il secondo soccorritore si pone dietro al pz., pone le proprie mani su quelle del primo V.d.S. per sostituirlo nel tenere fermo il capo dell'infortunato



MISURAZIONE DEL COLLARE CERVICALE

Utilizzare le dita per misurare la distanza tra spalla e mento



Riportare la misura sul collare. Deve corrispondere alla distanza tra il bottone di fissaggio e la base in plastica (NON la gommapiuma)

Questo sistema di misurazione può essere utilizzato per qualsiasi collare perchè i costruttori hanno uniformato la posizione del bottone di fissaggio

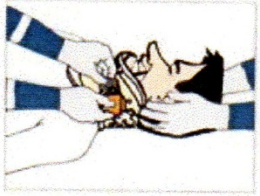
POSIZIONAMENTO DEL COLLARE CERVICALE

STIFNECK e WIZLOC

La procedura per pz. supino e seduto è identica. Liberare il collo del pz. da abiti e collane
NON abbandonare l'immobilizzazione manuale del capo dopo il posizionamento del collare

La differenza tra Stifneck e Wizloc è che nel primo bisogna scegliere la misura adatta, mentre nel secondo viene regolata sul pz.

Inserire il collare facendolo scivolare dietro al collo del pz., piegando la striscia di velcro per non impigliarla nei capelli o sporcarla



Chiudere il collare facendo facendo corrispondere le strisce di velcr. Controllare il posizionamento corretto. Il pz. deve poter aprire la bocca

Per il collare Wizloc a questo punto si deve regolare la parte ANTERIORE in modo da sostenere adeguatamente la mandibola in allineamento neutro del rachide cervicale

NEC-LOC

Far scivolare la parte FRONTALE del collaresotto il mento del pz.. Stringere il velcro fino alla scritta "Retaining Strap Indicator"

Posizionare la parte POSTERIORE, controllando l'orientamento (freccia verso l'ALTO) e chiudere le due strisce di velcro. Con pz. sdraiato far scivolare la parte sotto il collo, NON inserire dall'alto verso il basso

Trattenete verso il basso la struttura del collare, mentre si regola l'altezza del supporto mentoniero.

Bloccare il cursore ripiegandolo verso l'alto

“Abbattimento” con l’asse spinale

Questa tecnica si utilizza quando l'infortunato traumatizzato si trova in piedi sul luogo dell'incidente. E' necessario l'intervento di tre soccorritori.

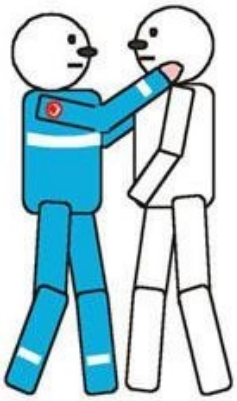


Fig 1) L'approccio con l'infortunato deve essere **frontale**. Avvicinandosi in un altro modo il pz. istintivamente girerebbe o muoverebbe la testa.

1

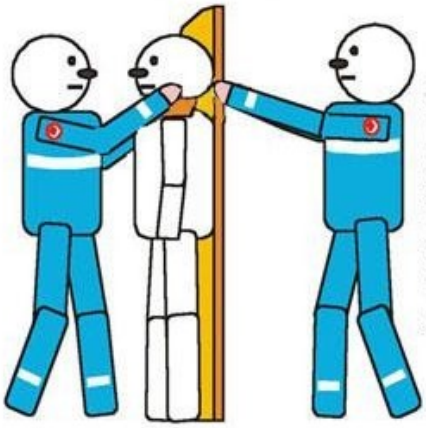


Fig 2) Dopo aver **posizionato il collare, Il 2° V.d.S. inserisce l'asse spinale a diretto contatto con la schiena del pz.**

2

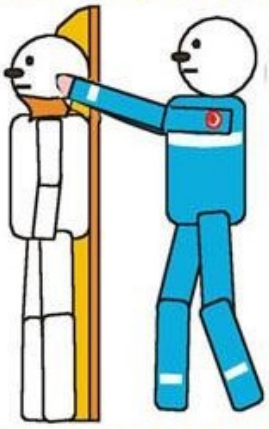


Fig 3) il 2° V.d.S. **passa le braccia attorno all'asse spinale e blocca la testa del pz. sostituendo il 1° soccorritore**

3

4

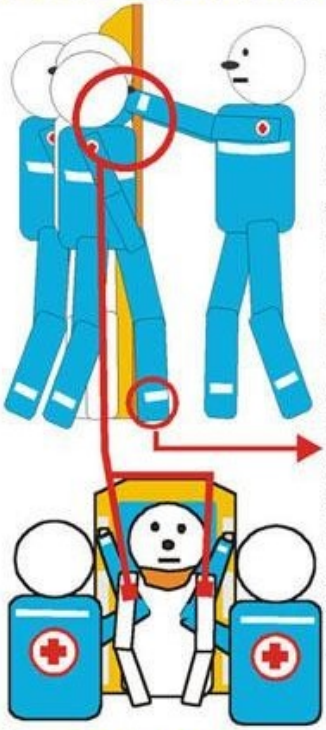


Fig 4) Il **1°** e il **3° soccorritore** infilano le loro **braccia sotto le ascelle** del pz. afferrando con le **mani l'apertura più alta possibile dell'asse spinale (Fig. 4a)**. Le mani dei V.d.S. Sono alla stessa altezza.

Il piede dei soccorritori 1 e 3, vicino all'asse spinale, mantiene fermo l'asse in modo che non scivoli quando si inizierà ad abbassare l'infortunato.

4a

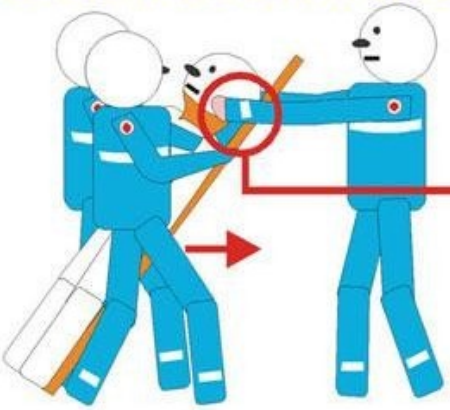


Fig 5) Il **1°** e il **3°** soccorritore **abbassano l'asse spinale**, adottando la massima coordinazione e spostandosi in avanti rivolti verso il 2° soccorritore.

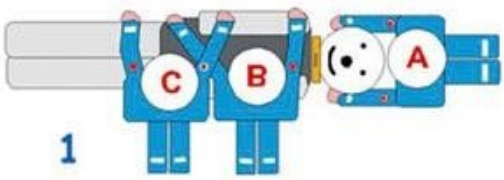
Il **2°** soccorritore, sempre **tenendo la testa del pz. in posizione neutra, ruota le mani** in modo da seguire il movimento in discesa dell'asse.

5

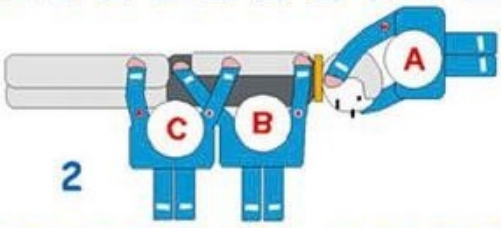
Fig 6) Quando l'asse spinale è a terra, il 2° soccorritore mantiene la posizione neutra della testa del pz, mentre gli altri due Volontari procedono con l'immobilizzazione.

6

Long-roll posizionamento sull'asse spinale

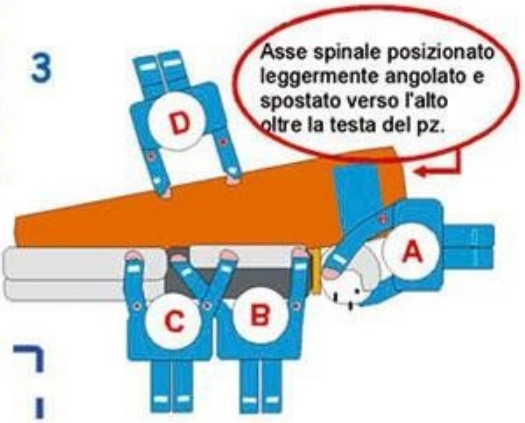


Pz. SUPINO, collare cervicale posizionato, arti allineati.
Soc. A è il **leader**, mantiene in posizione neutra la testa del pz.
Soc. B e C si posizionano dal lato in cui avverrà la rotazione.
Soc. B posiziona una mano sulla spalla e l'altra sull'anca del pz.
Soc. C posiziona una mano vicino alla cresta iliaca (**incrociando** l'avambraccio del Soc. B) e l'altra sulla coscia del pz.



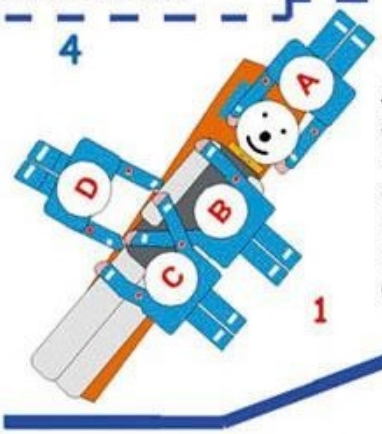
Al comando di A si effettua la rotazione del pz.

3



Quando il pz. è posizionato di "**taglio**", mentre il **Soc.** A continua a mantenere l'immobilizzazione e l'allineamento del capo, il **Soc.** D (o un passante) avvicinano l'asse spinale **posizionandolo a terra, leggermente angolato** a fianco della schiena del pz.

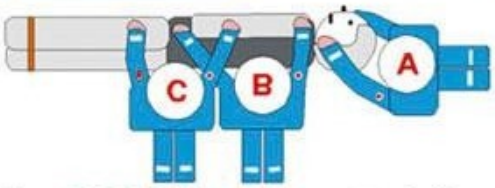
4



Al comando del Soc. A il pz. viene appoggiato sull'asse (fig. 1)
I **Soc.** B e C si posiziona a ponte sul pz. e al comando di A, con presa sotto le **ascelle** (B) e sul **bacino** (C) posizionano in modo corretto il pz. sull'asse (fig. 2).

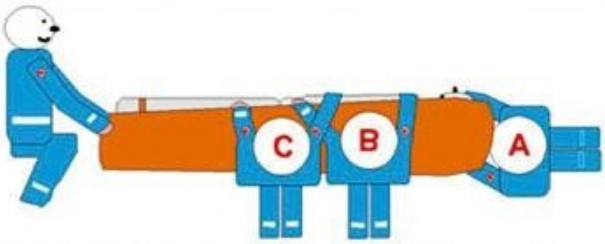
2

1



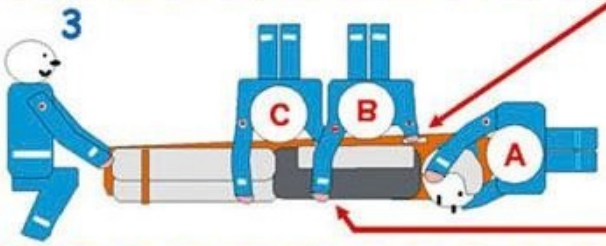
Il pz. PRONO (dopo esere stato riallineato), viene ruotato di "taglio" su un fianco.

2



Il Soc. D infila l'asse spinale tra la schiena del pz. e i Soc. B e C.

3



I Soc. B e C afferrano con una mano una fessura dell'asse spinale e con l'altra (passando con il braccio sopra il pz.) il bacino e la coscia dell'infortunato.

L'asse con il pz. viene portato in piano.
I Soc. B e C si posizionano a ponte sul pz. e al comado di A con una presa sotto le ascelle e sul bacino lo posizionano correttamente, spostandolo con piccoli movimenti in diagonale.

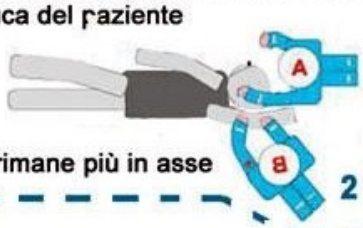
4

Giacomo Marietta V.d.S. - Torino

LONG-ROLL O PRONO-SUPINAZIONE

1

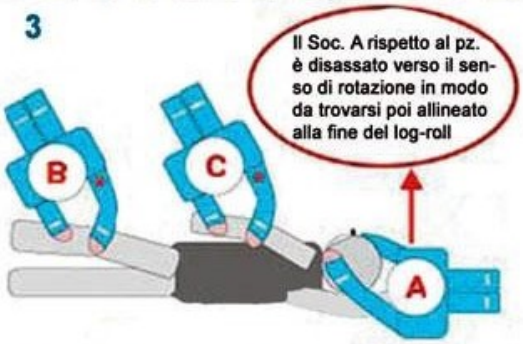
Il Soc A blocca la testa dell'infortunato con la mano verso la quale si effettuerà la rotazione e quindi quella verso la nuca del paziente



2

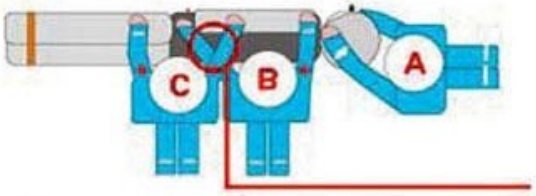
L'arto superiore dal lato sul quale verrà ruotato l'infortunato può essere riallineato con il corpo o posizionato a lato della testa. Se è messo a lato della testa è minore il sollevamnto laterale durante la rotazione e il corpo rimane più in asse

3



Soc. A - Mantenedo sempre la mano sulla testa del pz.si sposta verso il senso di rotazione, con le ginocchia oltre l'arto superiore dell'infortunato e ne immobilizza con ambedue le mani il capo.Le mani sono ben aperte in modo simmetrico ai lati in maniera da afferrare le strutture ossee del volto e della nuca.

Soc. B e C - Allineano gli altri arti uno per volta in modo da valutare se ci sono lesioni o fratture, se possibile, legano tra loro le caviglie del pz. (utile per mantenere l'allineamento degli arti inferiori durante la rotazione)



4

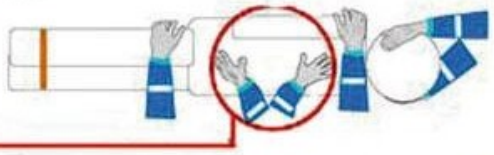
Soc. B e C - Si posizionano sul lato da cui avverrà la rotazione inginocchiandosi uno all'altezza delle spalle del pz. (B) e l'altro a fianco all'altezza del bacino (C)

Il **Soc.** B posiziona la mano sulla spalla e sopra l'altra all'altezza dell'anca del pz.

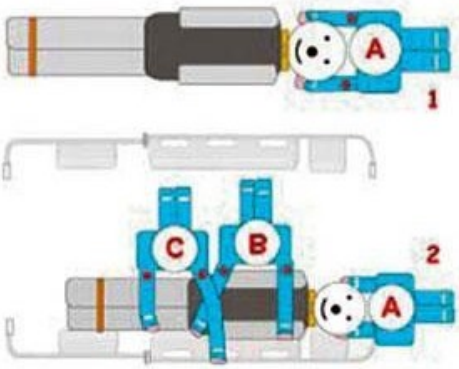
Il **Soc.** C posiziona una mano vicino alla cresta iliaca (**incrociando** l'avambraccio del **Soc.** B) e l'altra sulla coscia dell'infortunato.

Il **Soc.** A è il leader di manovra, dà il via alla manovra e la dirige per tutto il tempo.

I **Soc.** B e C devono iniziare la rotazione con movimenti sincroni. Quando l'infortunato è di "taglio" - appoggiato alle cosce di B e C - questi **ruotano le mani** mantenedole in posizione, arretrano sulle ginocchia e quindi lo accompagnano frenandolo fino al decubito supino.

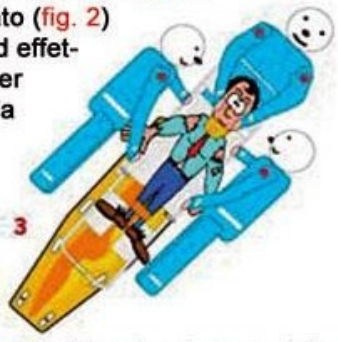


5



6

Quando l'infortunato è supino il **Soc.** A mantiene l'immobilizzazione del capo del pz.(fig. 1), mentre i **Soc.** B e C posizionano il collare cervicale e preparano la barella a cucchiaio. quindi B e C - coordinati da A - si posizionano prima su un lato (fig. 2) e quindi sull'altro del pz. ed effettuano una semirotazione per infilare le valve della barella Quindi si trasferisce l'infortunato sull'asse spinale, si sfila la barella a cucchiao (fig. 3), i **Soc** B e C lo immobilizzano con le cinghie (il "ragno") e i fermacapo, solo a questo punto il **Soc.** A può lasciare la testa del pz.



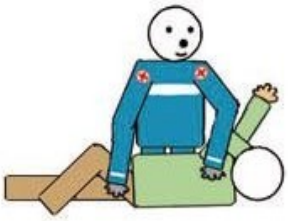
3

Posizione laterale di sicurezza

E' una posizione di attesa che garantisce il mantenimento della respirazione autonoma dell'infortunato incosciente. Inizialmente il V.d.S. ha riconosciuto l'incoscienza in un soggetto NON traumatizzato, lo ha posizionato supino, slacciato tutto ciò che stringe (colletto, cravatta, cintura...), ha effettuato il controllo e l'eventuale pulizia del cavo orale e ha praticato la manovra G.A.S. riscontrando che il soggetto respira. Questa posizione, ruotando l'infortunato su un fianco, fa si che eventuali liquidi presenti in bocca (saliva, sangue, vomito) posso-no defluire all'esterno, previene l'ostruzione delle vie aeree impedendo alla lingua di cadere all'indietro e nello stesso tempo ne mantiene la pervietà con l'iperestensione del capo.

Il soccorritore è inginocchiato a fianco dell'infortunato all'altezza del suo torace. Egli allunga ad angolo retto rispetto al corpo (o leggermente ripiegato verso l'alto) il braccio della vittima che si trova dalla sua parte

Sul lato opposto, il soccorritore flette il ginocchio dell'arto inferiore controlaterale e ripiega il braccio controlaterale sul torace portandone la mano fino alla spalla opposta



Ponendo una mano sulla spalla e una sul bacino del lato opposto, ruota l'incosciente verso di sè, sino a farlo appoggiare su un fianco; nella rotazione la testa va ad appoggiarsi sulla mano che era stata portata su quel lato

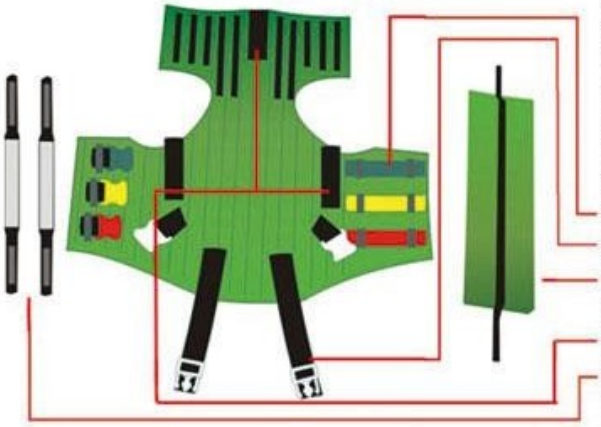
Il V.d.S. iperestende subito il capo sostenedolo con una mano, mentre spinge in alto il mento con due dita; sistema infine definitivamente la mano sotto la guancia. Può agganciare il piede dell'arto flesso al polpaccio dell'arto sottostante, oppure può lasciare libero il piede pur mantenendo la flessione dell'arto (il ginocchio deve appoggiare al suolo). Accertarsi che la posizione sia stabile e che il paziente non cada prono o ritorni supino.

La Posizione Laterale di Sicurezza è una posizione di attesa che può essere utilizzata in caso di molti infortunati, ricordando sempre che non si utilizza se anche solamente si sospetta di trovarsi di fronte a soggetti traumatizzati.

Esiste comunque una **PLS modificata** che può essere applicata quando un solo soccorritore deve allontanarsi per chiamare i soccorsi per un infortunato traumatizzato. Si differenzia dalla Posizione Laterale classica che il braccio della vittima viene sollevato a lato della testa in modo che nella rotazione il capo rimanga allineato in posizione neutra con la colonna vertebrale. La testa non viene iperestesa e il ginocchio deve sempre appoggiare al suolo. E' comunque una manovra da utilizzare **solo se non è assolutamente possibile farne a meno.**

L'infortunato va mantenuto sullo stesso lato per non più di 30 minuti, cambiare lato se l'attesa si prolunga. Controllare la persistenza dell'attività respiratoria ogni minuto. La donna in evidente stato di gravidanza dev'essere ruotata sul fianco sinistro per evitare compressioni della vena cava ascendente.

Trauma- estricatore o K.E.D.



Utile per l'estricazione da veicoli deformati o da situazioni disagiate, consente un'ottima immobilizzazione del pz. E' composto da una serie di lamine rigide in PVC poste in una custodia di materiale plastico lavabile. Pesa circa 3 Kg, ha una portata massima di 180 Kg ed è radiotrasparente. Esistono diversi modelli, ma tutti sono dotati almeno di:

- **3 cinghie fisse** per torace e addome;
- **2 cinghie fisse** per le cosce;
- **Un cuscino piatto e pieghevole** per meglio adattare il trauma-estricatore al pz.
- **3 maniglie** per il sollevamento e lo spostamento;
- **2 cinghie mobili** (fermatesta e sottogola) per l'immobilizzazione del capo al corsetto;

Posizionare il **collare cervicale prima** di iniziare qualsiasi manovra con il trauma-estricatore
Un V.d.S. posto dietro al pz. ne **mantiene l'immobilizzazione del capo fino al posizionamento completo** dell'estricatore.
Due V.d.S., uno per lato del pz., si incaricano di posizionare l'estricatore. Nella manovra di posizionamento **tutte le cinghie** laterali **sono ancora arrotolate** e le due cinghie cosciali sono fissate all'interno del KED in modo che non intralcino nella manovra di posizionamento.
Uno dei due soccorritori posiziona l'estricatore a contatto con la schiena del pz (lato liscio a contatto con la schiena), infilandolo dal basso verso l'alto in modo da poter infilare le "ali" fermacapo **senza far spostare** il V.d.S. che mantiene l'immobilizzazione del capo del pz.
I due V.d.S. ai lati **controllano** che l'estricatore **calzi perfettamente sotto le ascelle** del pz. e che il **segmento** con le "ali" **per la testa sia ben centrato**. Quindi sfilano le cinghie cosciali, tirandole lateralmente e le appoggiano sulle cosce del pz.

I V.d.S. posti uno per lato del pz. lavorando con la massima coordinazione posizionano la **cinghia centrale** dell'estricatore (in genere di colore giallo) ricordando che la **fibbia corrisponde sempre alla cinghia dello stesso colore**.
Quindi agganciano la **cinghia inferiore** (in genere di colore rosso).
Per stringere le cinghie un V.d.S. **mette una mano** tra essa e il pz. in modo che il secondo V.d.S. (dal lato opposto) non tiri eccessivamente creando problemi al pz.

I due V.d.S. posizionano le cinghie fermagambe, facendole scorrere con un movimento a sega sotto la coscie del pz. fino al suo inguine. **Le cinghie non devono essere agganciate incrociate.**
Mentre il primo V.d.S. continua a mantenere l'immobilizzazione del capo, gli altri due V.d.S. inseriscono (se necessario) il cuscinetto nello spazio vuoto tra il KED e il paziente.

I due V.d.S. chiudono le alette fermacapo e, mentre il primo soccorritore cambia la posizione delle mani, mantenendo la chiusura delle "alette", gli altri due V.d.S. posizionano il fermatesta e il sottogola.
A questo punto viene agganciata e stretta la **cinghia sul petto** (di solito di colore verde) e viene fatto un rapido controllo generale della chiusura del KED.

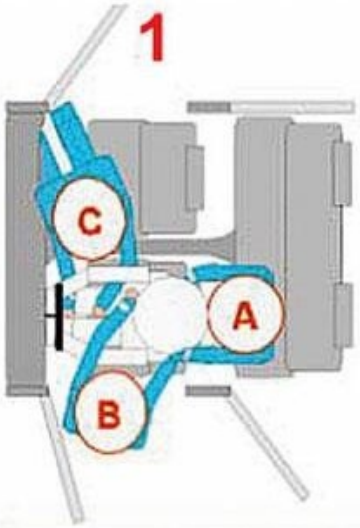
Prima di estrarre il pz. è utile immobilizzagli le mani e gli arti inferiori.

Se il pz. è in un veicolo può essere estratto ruotandolo con la schiena verso la portiera e quindi, utilizzando le maniglie, viene fatto scivolare sull'asse spinale (o sulla barella a cucchiaio).
Oppure, dopo aver ruotato il pz. con le gambe verso l'esterno, due V.d.S. afferrano con una mano una maniglia laterale a testa e con l'altra la mano del compagno sotto le cosce del pz., lo sollevano e lo spostano fino all'esterno. Quando il pz. è stato adagiato sull'asse spinale o sulla barella a cucchiaio, **slacciare subito il sottogola, la prima cinghia sul torace e le cinghie cosciali.**

Estricazione rapida

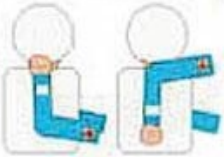
Si usa quando è necessario estrarre rapidamente l'infortunato dal veicolo perchè le sue condizioni non permettono di impiegare il tempo necessario per utilizzare le normali tecniche di estricazione (KED ...); o quando si deve estrarre rapidamente il ferito a causa di eventuali rischi evolutivi (pericolo di incendio, posizione del veicolo ...); o se è necessario estrarre un occupante del veicolo per poter arrivare a soccorrere rapidamente un infortunato più grave che non è altrimenti raggiungibile.

1



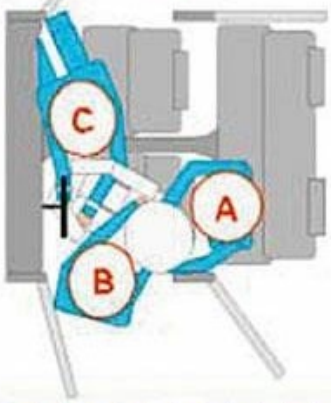
Soc. A - Mantiene l'immobilizzazione della testa del pz. (dopo che è stato posizionato il collare cervicale.
Soc. B - Si occupa della rotazione del pz. posizionando gli arti superiori come nelle figure a) e b)
Soc. C - Si occupa di districare e ruotare gli arti inferiori, cercando di mantenere una buona immobilizzazione.

a) Anteriormente avambraccio sul petto con la mano che raggiunge la spalla opposta

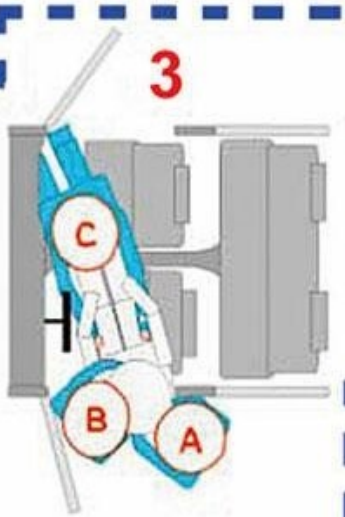


b) Posteriormente l'avambraccio lungo la colonna vertebrale, dal basso verso l'alto o viceversa: dipende dalla possibilità di accesso

2



3

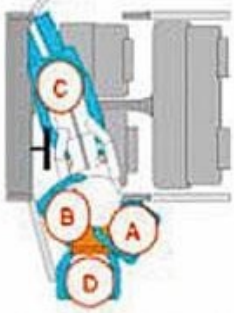


Il pz. viene ruotato verso l'esterno con piccoli movimenti. Quando il Soc. A non riesce più a mantenere l'immobilizzazione alla testa viene sostituito momentaneamente dal Soc. C che tiene ferma la testa del pz. stando frontalmente. Il Soc. A esce dal veicolo e riprende la sua posizione dall'esterno.

Un 4° soccorritore (Soc. D) mette l'asse spinale sul sedile inclinandolo veso l'alto. L'asse deve essere incuneato il più possibile sotto il paziente.

4

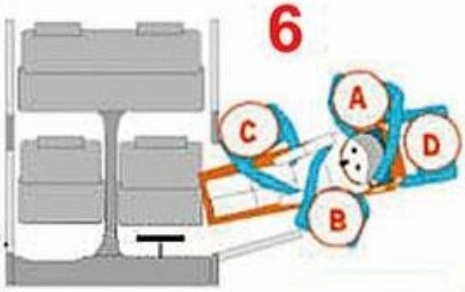
5



Il Soc. D inclina l'asse verso il basso man mano che il pz. viene trascinato sopra. Controllare sempre che l'asse sia ben posizionato sul sedile. Il Soc. B fa scivolare via l'avambraccio dalla schiena del pz, e pone le mani sotto le ascelle del ferito.

Il Soc. C esce dal veicolo e aiuta a trascinare completamente sull'asse il pz. mettendogli le mani sul bacino. Il Soc. B trascina tenendo le mani sotto le ascelle.

6



Tecniche di trasporto e sollevamento

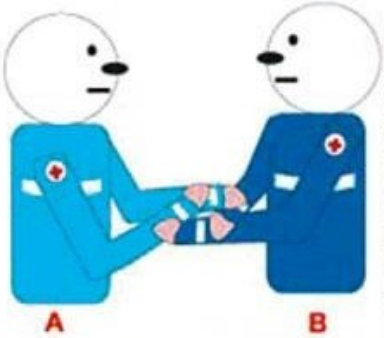
Metodo del "pompiere"

Trasporto a spalle

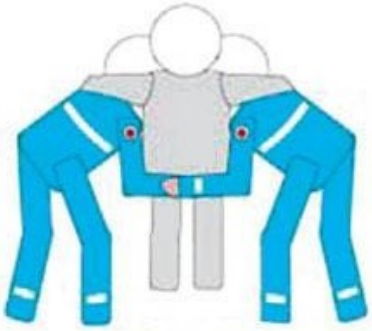
Trasporto con una sedia

Da utilizzare **solo** quando **non è disponibile** la sedia portaferiti dell'ambulanza.
Prima di caricare il paziente **controllare sempre** la robustezza della sedia.Le braccia dei V.d.S. si incrociano dietro per garantire una maggiore stabilità

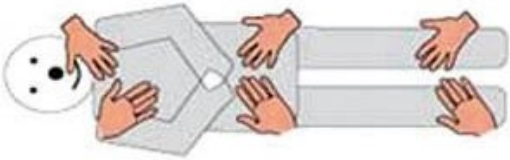
Seggiolino a mani incrociate



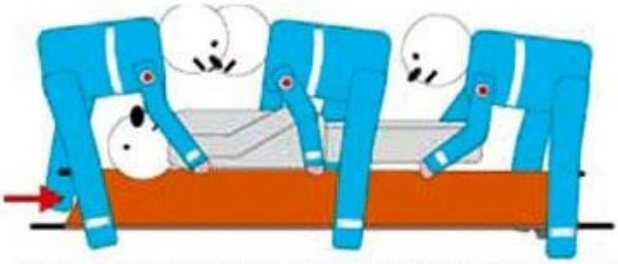
Il soccorritore A stringe con la mano dx il suo polso sx - il soc. B compie la manovra opposta - e quindi si afferrano per il polso libero in modo da formare un seggiolino.
L'infortunato si sorregge passando le braccia attorno al collo dei soccorritori.



Metodo del "ponte" o "ponte olandese"

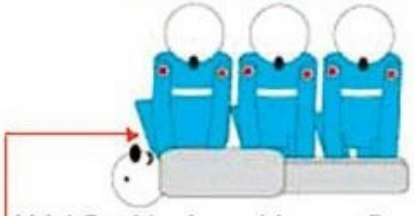


Posizioni delle mani dei soccorritori sotto il corpo dell'infortunato



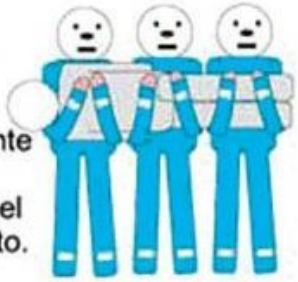
Sollevamento (il "leader" è il V.d.S. alla testa) in asse e posizionamento sulla barella - che può essere fatta scivolare sotto l'infortunato da un passante

Metodo a "cucchiaio"

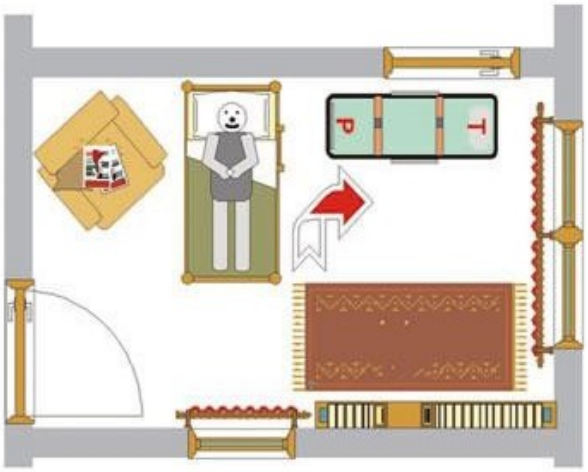


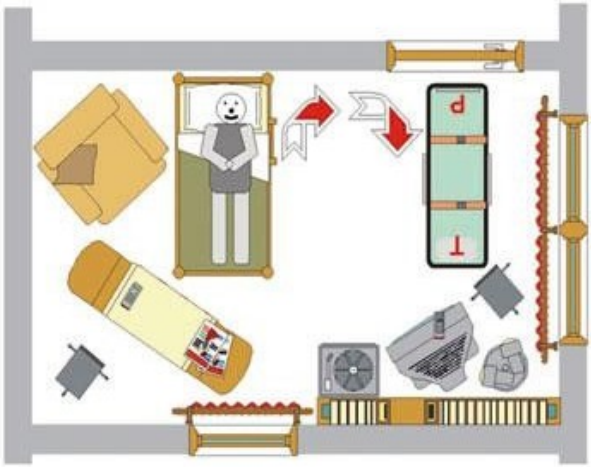
I V.d.S. si inginocchiano a fianco del pz (un ginocchio è tenuto sollevato in modo da potersi sollevare più agilmente) e fanno scivolare il più possibile le mani sotto il pz.

Al comando del leader si alzano contemporaneamente sollevando e ruotando il corpo del pz. verso il loro petto.

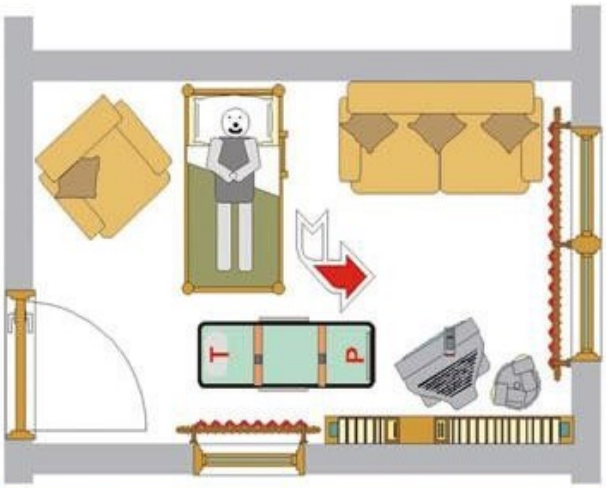


Posizionamento della barella

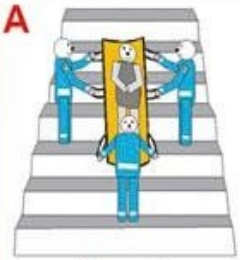




Posizionamento della barella in una **stanza** rispetto al letto.

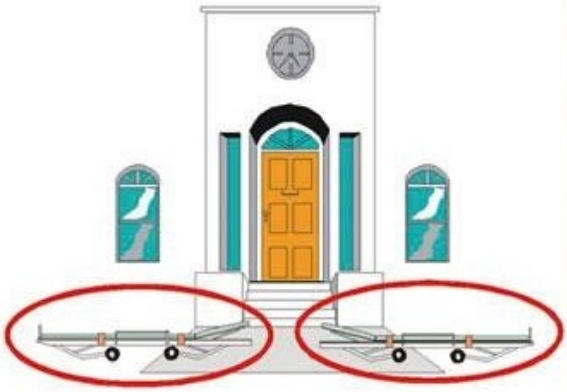


A



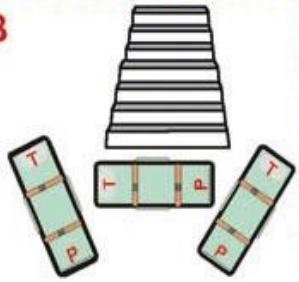
Posizionamento di una barella ai piedi di una **rampa di scale**.

La barella è sempre **abbassata e frenata**.



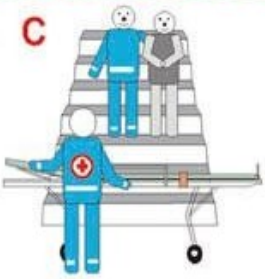
Posizionamento della barella quando non è possibile lasciarla ai piedi della scala o quando bisogna lasciarla sul marciapiede.
La barella è **abbassata** e **frenata** e la **testata è sempre rivolta verso l'ingresso**.

B



Posizionamento della barella quando lo **spazio non è sufficiente** per posizionarla come in fig. **A**.
La barella è **abbassata** e **frenata**.

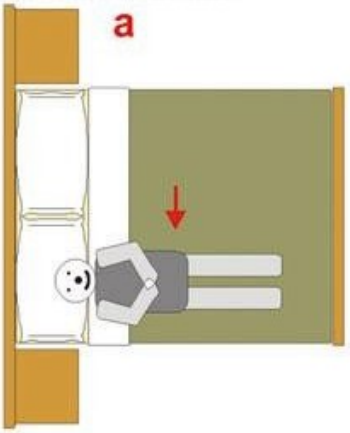
C

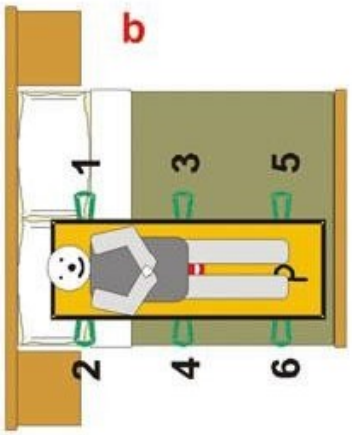


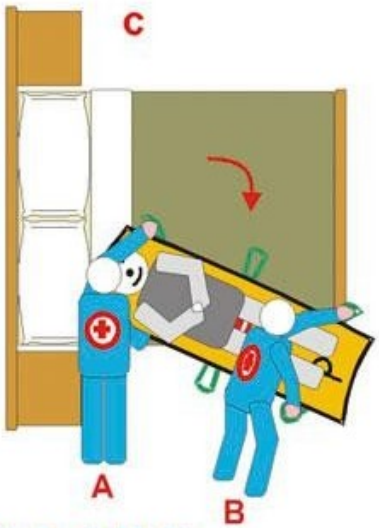
Posizionamento della barella quando il **pz. è autosufficiente**. La barella è **alzata** e **frenata**, un secondo V.d.S. la mantiene ferma.

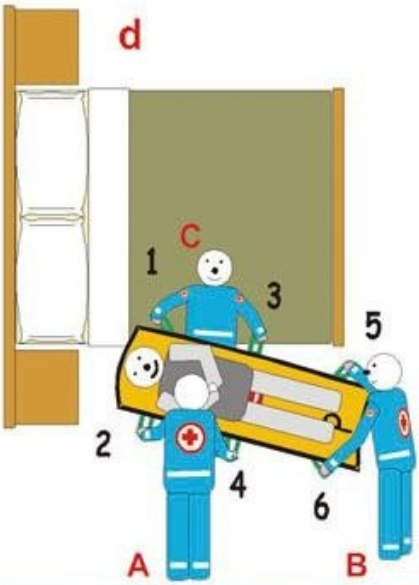
SPOSTAMENTO DEL PAZIENTE CON IL TELO

Ricordare che per utilizzare bene il telo occorrono almeno **tre** V.d.S. Con due soccorritori il pz. subirebbe un "insaccamento" eccessivo, oltre alle difficoltà oggettive di trasporto e movimentazione.









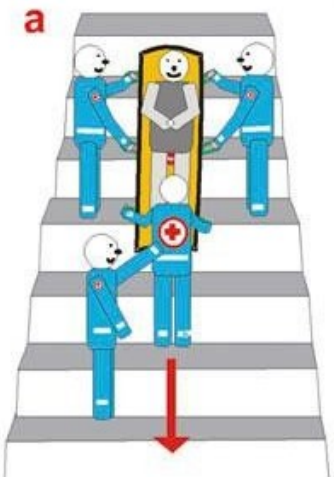
Spostamento del pz. con il telo dal letto

Spostare e/o rimuovere eventuali ostacoli.
a) - b) Spostare il pz. su un lato del letto (sia che sia un letto matrimoniale o un lettino singolo) e posizionarlo sul telo.
c) I V.d.S. **A** e **B** impugnano rispettivamente le maniglie **1 - 2** e **5 - 6** e ruotano il pz. con le gambe fuori dal letto.
d) Il V.d.S. **C** si sposta in modo da impugnare le maniglie **1 - 3** mentre il V.d.S. **A** impugna le maniglie **2 - 4**. Il pz viene sollevato.

Se il **letto** è **singolo** e non ci sono ostacoli, i V.d.S., dopo aver posizionato il pz. sul telo, lo spostano impugnando le maniglie come in fig. **d**

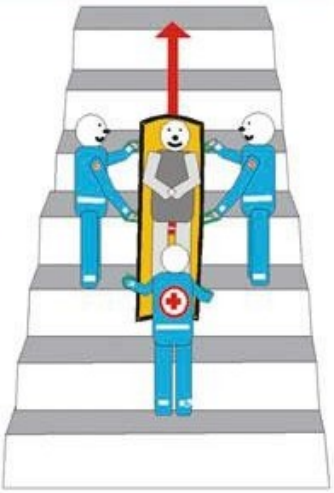
Per **letti a castello** e simili usare la barella a cucchiaio o l'asse spinale.

Discesa / Salita di scale



- Rimuovere dal percorso eventuali ostacoli
- Il telo **non** può essere utilizzato con le necessaria sicurezza da due soli V.d.S.
- Controllare sempre il pz. Fermarsi per riposizionarlo se scivola sul telo o si insacca eccessivamente.
- Alcuni tipi di scale **impongono** l'uso dell'asse spinale, se non è disponibile usare la barella a cucchiaio, cinghiando bene il pz.

In discesa il V.d.S. che sta ai piedi può scendere come in fig. **a** (un quarto V.d.S. fa sicurezza), ma è **consigliabile** se è **girato verso la discesa**.
In salita il **pz.** (come per la discesa) **ha sempre i piedi verso il basso.**



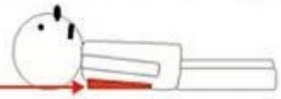
Immobilizzazione lattante/bambino

Immobilizzazione del lattante e/o bambino sul seggiolino

1) Collare
fatto usando dei telini (se il collare pediatrico è troppo grande o se non c'è)

Un V.d.S. **deve** comunque mantenere sempre in posizione neutra la testa del neonato o del bambino

2) Imbottitura dietro la schiena
utilizzando dei telini piegati



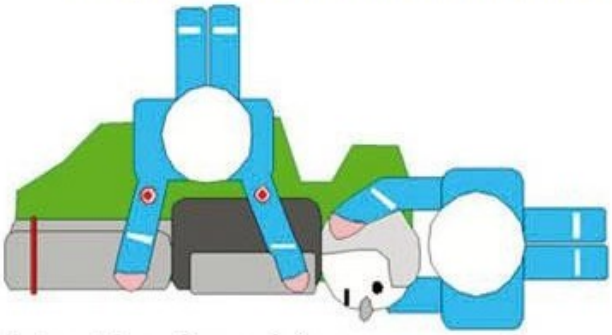
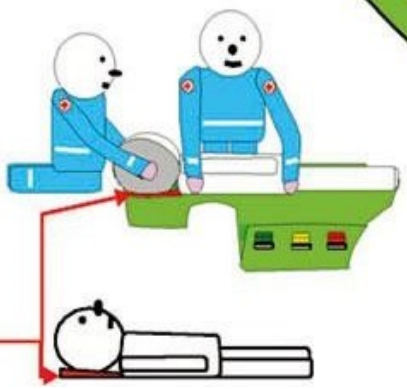
3) Imbottitura ai lati della testa e lungo il corpo
utilizzando dei telini piegati

4) Benda autofissante
per immobilizzare il tutto

Rotazione di un lattante prono

L'avambraccio del V.d.S. si appoggia lungo la colonna vertebrale e la mano aperta sostieme il collo e la nuca. L'altra mano si infila sotto l'addome e aiuta nella rotazione in modo che il neonato si trovi ruotato sull'avambraccio del soccorritore.

Immobilizzazione di un bambino usando il KED©



Il bambino, in posizione prona, può essere messo direttamente sul KED utilizzando la manovra di log-roll con l'estricatore aperto a fianco dell'infortunato.
Ricordare di chiudere a metà le "ali" laterali in modo da effettuare un unico passaggio.
La stessa manovra può essere utilizzata per bloccare con l'estricatore un bambino in decubito laterale o supino.
Effettuata la rotazione (o anche prima), formare con dei telini piegati uno spessore sotto la nuca del bambino.