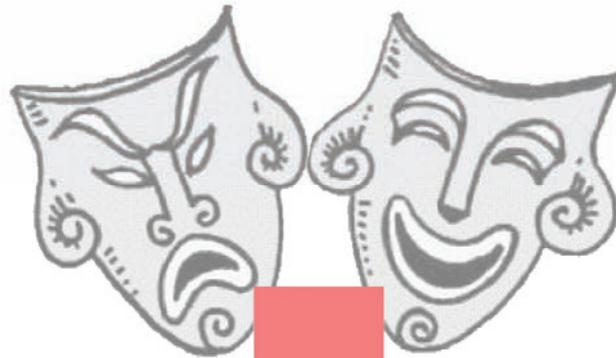


MANUALE SIMULATORI



DIVERTIAMOCI
SIMULANDO



GIANLUCA DANNA BENEDETTA D'APRANO RICCARDO LAI LUCA FONTANA



La Croce Rossa Italiana, ormai da alcuni anni, punta sulla formazione continua dei propri Volontari in ogni ambito e, principalmente, si prefigge a che tutte le attività siano ordinate e sviluppate su linee guida operative uniformi nell'intero territorio nazionale e che siano di facile acquisizione. Mancando un libro di testo ad hoc, i tre Preparatori della Regione Piemonte si sono impegnati per la realizzazione del presente "manuale" che si vuole proporre quale valido ausilio per tutti i corsi riguardanti l'attività dei Simulatori.

E' importante che chi supera il corso abbia una "guida" che lo accompagni nei momenti di difficoltà; uno strumento certo e veloce da consultare come valido ed affidabile supporto tecnico.

Il presente manuale è stato predisposto attraverso la raccolta ragionata delle principali patologie simulabili con lo scopo di rappresentare un utile strumento di lavoro per tutti i Simulatori che abbiamo necessità di risposta alle domande più frequenti per riprodurre una patologia in modo più veritiero possibile. Il volume, tuttavia, non si propone solo a chi si avvicina al mondo dei simulatori, ma anche a chi già sa e desidera completare e approfondire la propria formazione. È una dispensa e, come tutti gli strumenti di questo genere, intende rappresentare l'inizio di un percorso e non la sua destinazione. Le nozioni qui contenute sono sufficienti a fare di chi le legge un Simulatore Volontario consapevole della missione di cui entra a far parte, ma non esauriscono certo l'insieme della materia.

Un plauso ai tre Preparatori per l'iniziativa ed il lavoro svolto.

Il Collaboratore Tecnico Nazionale Truccatori e Simulatori
VdS Giuseppe Giordana



Sempre più chi opera nel campo dell'emergenza si rende conto che occorre possedere, accanto alle indubbe 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 deformati o pagare prezzi emotivi incongrui al fatto che si tratta di un'opera posta al servizio di altri.

Antonio Zuliani

Psicologo psicoterapeuta
Delegato Tecnico Nazionale per il Servizio Psicosociale



5 - 8 luglio 2012 - F.A.C.E. 2012 Ireland



E' con sincero piacere che presentiamo "DIVERTIAMOCI SIMULANDO".

Il testo, completo sotto il profilo teorico, accattivante per la particolare veste grafica, immediatamente fruibile per la presenza di numerose immagini, rivela e conferma la capacità degli autori di padroneggiare l'argomento e renderlo disponibile anche a coloro i quali si avvicinano al "mondo" della Simulazione o che, già consolidati simulatori, vogliono avere un riferimento autorevole per la propria attività. Una padronanza della materia che, elemento assolutamente non comune e per questo tanto più apprezzabile, riflette la passione con cui lavorano gli amici e "colleghi" vds Gianluca, Riccardo, Benedetta e Luca.

Dettaglio che caratterizza il testo: per le patologie trattate, vengono proposti parametri vitali, secondo il consolidato schema A-B-C-D-E. Tale necessità, non va intesa come "ingabbiamento" delle modalità di presentazione dei singoli quadri patologici (che nel soccorso reale sono estremamente eterogenei), quanto piuttosto come tentativo di uniformare le modalità di simulazione delle singole patologie. In altre parole: il manuale non sostituisce i testi di formazione sanitaria di base (queste conoscenze si danno per acquisite!), ma completa la formazione del soccorritore, indirizzandolo alla rappresentazione clinica della malattia nella sua manifestazione più caratteristica.

Agli autori e ai loro collaboratori va il nostro plauso e il nostro grazie; siamo assolutamente certi che, nell'ambito della formazione continua del Soccorritore, l'attività di simulazione costituisce un momento essenziale: permette infatti di consolidare e approfondire costantemente le proprie conoscenze in ambito sanitario (non essendo possibile simulare, risultando credibili, ciò che non si conosce!) e di aprirsi al confronto con le altre figure coinvolte nelle simulazioni (i truccatori, con i quali il lavoro è necessariamente sinergico, gli equipaggi di soccorso,...), in un confronto vincente e virtuoso.

I Collaboratori Nazionali VdS alle Attività Sanitarie

Marco Chiaravalli

Giuliano Zocchi



la **STORIA** delle **DISCIPLINE** di **SIMULAZIONE** e **TRUCCO**

PREMESSA

Il senso e lo scopo della riproduzione realistica di un incidente è quello di abituare tutti i soccorritori alla visione di particolari situazioni critiche, evitando che in circostanze reali possano perdere il coraggio e la freddezza per affrontarle.

Il Gruppo Truccatori e Simulatori della Croce Rossa Italiana è relativamente giovane, nasce infatti circa 20 anni fa ma nonostante la recente costituzione ha maturato una grandissima esperienza e professionalità.

Il nostro augurio è che i Truccatori e i Simulatori, con la loro opera e professionalità, portino lustro alla Croce Rossa Italiana e possano essere, per quanto di competenza, di aiuto a tutti i volontari della CRI e non solo.

LA STORIA

Le prime notizie certe sull'impiego dei truccatori e simulatori ci portano molto in là con gli anni, nel 1939: dalla documentazione storica rinvenuta si è infatti rilevato che durante la seconda Mondiale l'esercito Britannico impiegò attori professionisti che truccò per interpretare varie patologie riconducibili ad un conflitto armato.

Lo scopo era quello di rafforzare la preparazione del personale sanitario alla visione di ogni sorta di ferite e traumi che si potevano verificare in situazioni particolari, soprattutto durante episodi di violenza bellica, ma non solo come incidenti, infortuni di vario genere, etc., al fine di far loro acquisire freddezza e coraggio, indispensabili durante le emergenze.

Dopo questo primo episodio, in Gran Bretagna, Danimarca e Svizzera nel 1944, in Francia nel 1950 e Svezia nel 1953, presero sempre più piede le discipline delle patologie simulate e truccate. Furono perciò divulgati i primi fondamenti e creati i primi espedienti per rendere, con la loro applicazione, più realistica possibile la situazione che si voleva riprodurre.

In Germania, dal 1950, furono prodotte delle schede tecniche per la riproduzione delle diverse tipologie di ferite. Nel 1951, per la prima volta, vennero realizzate con l'impiego di materiale gommoso, ferite, traumi e lesioni da applicare alle persone che partecipavano alle simulazioni.

Questo tipo di materiale presentava però alcuni problemi, in quanto doveva essere fissato al corpo del simulatore con elastici, cerotti o altro materiale adesivo. Inoltre, pur avendo una rassomiglianza notevole con la ferita, si notava, anche a distanze considerevoli, che si trattava di parti applicazione sul simulatore e spesso il risultato finale non era soddisfacente.

Arriviamo nel 1964, quando, sempre in Germania, fu realizzata la prima cassetta per trucchi "Mehlem 64" che ufficialmente dal 1984 viene impiegata con grandissimo successo dalla Croce rossa Tedesca. Contemporaneamente furono realizzate anche approfondite dispense da utilizzare come materiale didattico per la preparazione dei truccatori e dei simulatori.

In Italia l'impiego del trucco simulato prese piede molto tempo dopo. Nel nostro Paese era infatti d'abitudine l'impiego di "cavie", cioè persone inanimate che facevano la parte del finto ferito. La riproduzione delle ferite e dei traumi, così come la recitazione dei sintomi caratterizzanti specifiche patologie, venivano sostituite con l'apposizione di cartelli o biglietti su cui venivano riportate sommariamente le informazioni dell'accaduto e delle patologie su cui dover intervenire.

Soltanto nel 1983, nel Friuli Venezia Giulia, precisamente a Mione nel Comune di Ovaro (UD), fu organizzato il 1° corso per Truccatori. Il docente era il professore Kerner inviato appositamente dalla Croce Rossa Tedesca.

Nel 1996 si svolse, sempre a Mione d'Ovaro (UD) in Friuli Venezia Giulia, il primo Corso Simulatori aperto ai Pionieri e ai V.d.S dell'intera Regione, come docenti il Pioniere Piergiorgio Malisani ed il VdS Glauco Pittioni, tutti e due volontari della regione Friuli Venezia Giulia.

Mentre ad Udine nasceva e muoveva i primi passi il gruppo dei simulatori, in Piemonte procedeva l'attività dei truccatori.

Il Piemonte fu infatti la prima Regione a pianificare una formazione specifica per i truccatori e, successivamente, alla loro regolamentazione attraverso il censimento, gli aggiornamenti periodici, documentando il tutto per ciascun volontario e nel 1996 nominando il Delegato Tecnico Regionale per l'attività dei truccatori. La loro organizzazione fu presa come modello e replicata su tutto il territorio nazionale con la nomina dei Delegati Tecnici ai vari livelli, dai locali, ai provinciali al regionale.

Il 16 marzo 1997, l'allora Ispettore Nazionale dei VdS, Massimo Barra, sentita l'esigenza forte di garantire l'uniformità dell'attività dei truccatori e dei simulatori e, nello stesso tempo, di coordinarle su tutto il territorio, nominò come suo Delegato Tecnico Nazionale truccatori e simulatori, il V.d.S. Giuseppe Giordana, già Delegato Tecnico Regionale del Piemonte.

Nel Marzo '97 fu organizzato a Roma, con la partecipazione di due docenti attestati della Croce Rossa Tedesca, il primo Corso Nazionale per Istruttori di Trucco.

Nel 1998 fu istituito il Magazzino Nazionale del materiale per il trucco con sede presso il Comitato Provinciale di Cuneo.

Nell'ottobre del 1998 fu organizzato un secondo corso Istruttori di Trucco e, contemporaneamente, il primo Corso Nazionale Formatori per Istruttori di Trucco, sempre con la docenza di Istruttori della Deutsches Rotes Kreuz. La sede dei corsi questa volta fu il Comitato Locale di Borgo S. Dalmazzo (CN).

Nel 1999 viene chiesto ad un grafico che collabora con la CRI, di produrre alcuni loghi per rappresentare l'attività dei truccatori, il 04 dicembre dello stesso anno in un incontro a Jesolo con tutti gli Istruttori ed i DTR truccatori, viene scelto il logo che da allora rappresenta la nostra attività.

Dal 26 al 28 novembre 2003 a Tor Vergata, viene organizzato il primo corso Nazionale Istruttori di trucco per tutte le Componenti, dove vengono attestati anche i primi Istruttori di Trucco Pionieri.

Nel 2002 l'Ispettorato Nazionale VdS scinde in due attività distinte i truccatori ed i simulatori, conferma quale Delegato Tecnico per i truccatori il Volontario Giuseppe Giordana, mentre per i simulatori viene nominato il Volontario Glauco Pittioni. Contemporaneamente anche i Pionieri nominano, quale delegato nazionale di Componente per i simulatori, il volontario Piergiorgio Malisani che resterà in carica fino all'anno 2003, quando la figura dei Delegati viene sostituita da quella dei Referenti Nazionali per le attività di Simulazione e Trucco con delega condivisa ai due pionieri Andrea Oppici (Gruppo Pionieri Parma) e Mauro Pavani (Gruppo Pionieri Genzano-RM).

Con O.C. 1378 del 17/07/2003 entra ufficialmente in vigore il Regolamento Nazionale Truccatori e Simulatori dei Volontari del Soccorso.

Per i Pionieri, invece, a seguito dell'approvazione del Progetto Associativo della Componente Pionieri, e le nuove esigenze delle Aree di attività, viene approvato, con O.C. n. 70/05 del 15/02/2005 il Regolamento Nazionale per le specialità di Trucco e Simulazione della Componente Pionieri C.R.I., e la revisione dei programmi.

Nel 2005 Oppici viene nominato Esperto Tecnico Nazionale Pionieri per le discipline di simulazione e trucco.

I volontari di tutte le componenti hanno preso parte alle manifestazioni di carattere nazionale, europeo ed internazionale, tra cui gare di Primo Soccorso, esercitazioni in vari Regioni e svariate attività a supporto o in collaborazione con Enti, Esercito Italiano e Americano, ONU, aziende private per al realizzazione di scenari di maxi-emergenze a volte richiesti dalle Prefetture per testare piani di intervento congiunto con nazioni straniere (Galleria del Cernobio e di Tenda) o l'utilizzo di attrezzature specifiche come NBCR (canali sanitari, etc), il 118 di molte regioni, A.S.L. e A.N.P.A.S. regionali, Misericordia, l'Elisoccorso di Como, con l'AIMC (Associazione Italiana Medicina delle Catastrofi) e il CEMEC (Centro Europeo per la Medicina delle Catastrofi) di S. Marino, forze dell'ordine, VVFF, Soccorso Alpino, con la Base Americana di Vicenza e di Pisa, con l'American Red Cross ed altre società di Croce Rossa Europee quali la Germania, la Spagna, il Belgio, l'Olanda e l'Inghilterra. Non ultimo i truccatori ed i simulatori CRI vengono oggi impiegati anche per la realizzazione di importanti fiction nazionali ed internazionali realizzate da importanti case cinematografiche.

LA SITUAZIONE ATTUALE

Nel 2010 le discipline di simulazione e trucco vengono nuovamente unificate e definite come attività di CRI e non di componente, viene costituita la Commissione Tecnica Nazionale di studio sulle discipline di simulazione e trucco composta dai Referenti Tecnici Nazionali di tutte le componenti per proporre l'adozione del regolamento e di percorsi formativi unici e condivisi.

Con O.C. n. 247/11 del 20 maggio 2011 viene approvato il regolamento nazionale truccatori e simulatori della Croce Rossa Italiana.

PREFAZIONE

La realizzazione di questo testo nasce dalla necessità di fornire agli operatori di Croce Rossa simulatori una guida approfondita e completa sulla tecnica di simulazione.

Che cosa ci ha portato alla realizzazione di questo manuale?

La voglia di mettere nero su bianco tutto ciò che in anni di attività abbiamo studiato, provato e affinato per condividerlo con tutti i "già simulatori" e futuri "aspiranti simulatori" che lo vorranno.

La nostra convinzione è che vada svolta in modo serio e con una buona preparazione, perché se così non fosse, come potremmo essere di supporto agli operatori CRI durante il loro percorso formativo, oppure simulare ad una manifestazione pubblica esportando al meglio l'immagine della Croce Rossa o ancora metterci a disposizione delle squadre che partecipano a gare di primo soccorso e a tutte le altre Forze che intervengono in caso di emergenza per continuare sempre più frequentemente ad aggiornarci e perfezionarci nel lavorare insieme.



Più e più volte ci siamo trovati ad affrontare durante i corsi per aspiranti simulatori, una platea inizialmente scettica, ma entusiasta, non appena sciolti i primi dubbi e le prime preoccupazioni concernenti l'attività da svolgere. Un pensiero lo rivolgiamo anche ai nostri amici truccatori, perché senza la loro capacità di realizzare e inventare con i materiali a loro disposizione saremmo entrambi figure incomplete.

Il bello di dedicare tempo ed energie a quest'attività è stato vedere l'interesse e la curiosità che ne è cresciuta attorno. Non è sempre stato facile lavorare alla stesura di questo manuale, le difficoltà non sono mancate, ma quando sei ben supportato, riesci a superarle.

Un ringraziamento è dovuto a chi come noi, vede e vive la Croce Rossa come una magnifica opportunità per fare e dare qualcosa di buono e che ci ha supportato e sopportato in quest'avventura:

Grazie di cuore:

Agli amici della Croce Rossa, Adriano, Camilla, Livio e Marta per aver aderito con entusiasmo a questo nostro progetto.

A Luca, Patrizia e Stefania per aver curato tutta la parte inerente il trucco.

A tutti i Volontari di ogni componente che hanno avuto voglia di seguirci, ascoltarci e mettersi egregiamente in gioco vincendo resistenze e timidezze in tutti i corsi che sono stati loro proposti.

A chi ha da sempre appoggiato questo progetto rendendone possibile la pubblicazione.

Tu che leggi:
se sei già simulatore ricorda i principi fondamentali, divertimento sì, ma anche serietà e coerenza;

se non sei simulatore e leggi solo per curiosità unisciti a noi avrai delle belle sorprese.

Gianluca Benny Luca Ricky



SIMULATORI: COME, DOVE, QUANDO...

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

- Corsi di formazione per aspiranti volontari.
- Manifestazioni per la popolazione.
- Esercitazioni interforze con diverse istituzioni (118, 115, Protezione Civile, Soccorso Alpino, Forze dell'Ordine, ecc ecc).
- Gare di primo o pronto soccorso della Croce Rossa.

E' fondamentale, finito il corso simulatori, 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. Il simulatore ha un "fratello gemello" che ritrova in ogni casistica: il truccatore e insieme collaborano con:

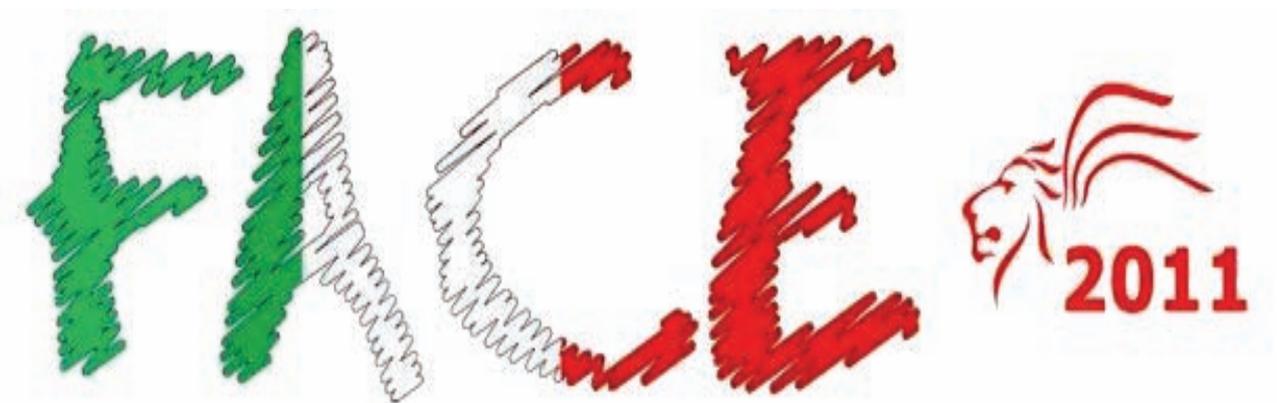
- I **monitori** nel caso di corsi aspiranti volontari, preparando e simulando scenari che prevedono patologie di natura medica o traumatica.
- I **coordinatori** delle manifestazioni e esercitazioni nel caso di simulazioni per la popolazione o interforze quali incidenti domestici, stradali, ferroviari o grandi eventi come terremoti, alluvioni ecc.
- I **giudici** nelle gare di primo o pronto soccorso.

Le esercitazioni, le manifestazioni e le gare (cap. successivo) si possono definire scenari complessi poiché richiedono alcuni accorgimenti per la buona riuscita:

- Luogo dell'evento – deve contenere lo scenario ed essere in sicurezza.
- Materiale – (veicoli, biciclette, assi, scale, utensili vari per l'allestimento).
- Personale – simulatori, truccatori e in base all'evento personale idoneo per un adeguato soccorso e la gestione dello stesso.
- Tempi – perché tutti gli eventi devono essere simulati con un inizio e una fine.

Le gare di primo o pronto soccorso si svolgono a vari livelli: locali, provinciali, regionali, nazionali fino ad arrivare a quelle internazionali. Ogni gara si svolge nell'arco di una giornata e la squadra vincitrice accede alla fase successiva.

Ogni squadra è composta da sei volontari: un caposquadra che lavora in tutte le scene che coordina e dà le indicazioni a cinque soccorritori, dei quali in ogni



scena a turno uno rimane fermo. Per il soccorso le squadre utilizzano materiali di fortuna che hanno in dotazione, come da regolamento di gara, o che trovano direttamente sulle scene.



Le scene sono di varia natura: incidenti stradali, incidenti domestici, DIU, ASA, esercitazioni di protezione civile, e seguono un percorso prestabilito facendo ruotare tutte le squadre partecipanti.

Una **tipica scena di gara** dove sono coinvolti quattro feriti è così composta:

Cinque **giudici**, uno per ogni infortunato; avrà il compito di valutare com'è trattato l'infortunato da un punto di vista sanitario, psicologico e dei rischi evolutivi; a questi si aggiunge un giudice master che avrà il compito di valutare la scena nel suo complesso, valutando in particolare i rischi evolutivi, la sicurezza della scena, il ruolo del caposquadra e della squadra nel suo complesso. I giudici utilizzano una griglia di valutazione per ogni squadra.





Un **responsabile di scena** che si occupa di controllare che la scena sia sempre uguale per tutte le squadre, ossia che la posizione iniziale dei simulatori sia sempre la stessa, che a terra ci siano sempre gli stessi oggetti predisposti, che si trovino nello stesso punto di partenza e che la scena abbia per tutte le squadre, come previsto, una durata di 8 minuti di attività, cui si aggiungono 1-2 minuti per consentire al giudice master di parlare con il caposquadra ed all'equipe di rimettere a posto la scena per la squadra successiva.

Vari **truccatori** che avranno il compito di dare attendibilità alla patologia truccata: una ferita, un'emorragia, etc.

Almeno quattro **simulatori**, uno per ogni patologia. In particolari situazioni è previsto che ci siano due simulatori, che si danno il cambio, per la stessa patologia, nel caso in cui questa fosse particolarmente faticosa da ripetere in un numero elevato di scene, ad esempio la crisi epilettica.

E' molto importante che il simulatore segua la patologia secondo le indicazioni fornitegli dal giudice master e che la esegua sempre nello stesso modo per tutte le simulazioni. Ovviamente l'interpretazione della patologia varierà in meglio o in peggio a seconda di come sarà gestito il soccorso. Questo implica che il simulatore deve conoscere perfettamente la patologia che andrà a simulare e le relative tecniche di soccorso.

Le gare devono essere vissute come momento d'integrazione e di formazione.

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 arma da fuoco e armi bianche
Folgorazione

Scheda riassuntiva:

Azioni soccorritore

Le regole d'ORO

Appunti di didattica:

La teoria e le tecniche

I CODICI DI SICUREZZA

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

**RICORDARSI DI CONTROLLARE REALMENTE I PARAMETRI VITALI
SEMPRE!!!**

ALLE VOLTE IL SIMULATORE STA' MALE E NON RIESCE A CHIAMARE
IL CODICE DI SICUREZZA.

Sicurezza dei simulatori è:

**sui simulatori non eseguire manovre invasive
se non con materiale modificato e concordato precedentemente con 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 tutti i simulatori presenti, effettuando precedentemente alcune prove con tubo tagliato e modificato.
- non usare il laringoscopio in gola.
- non usare in bocca la canula di guedel può essere posta sul viso all'esterno.

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) se non concordato e modificato in precedenza e dopo aver eseguito adeguate prove con i simulatori.

DEFIBRILLATORE: meglio non utilizzarlo oppure utilizzarlo spento e senza attaccare le piastre.

AGHI, AGOCANNULE, SIRINGHE : non vanno mai infilati ma solamente dichiarati e fissati in maniera adeguata e sicura, senza ago, con lo scotch 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, permettendo in questa maniera al simulatore di accorgersi anche ad occhi chiusi della presenza di questi ultimi e si comporti di conseguenza in maniera coerente.

Nel caso i presidi posti non vengano dichiarati, il simulatore agirà come se questi non siano presenti.

FARMACI: il medico, l'infermiere o il soccorritore 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 il simulatore agirà come se nessuna sostanza fosse stata iniettata.

Importante attenersi alla realtà:

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 il monitore e/o il giudice a specificare la situazione) **non inventare evoluzioni inesistenti in nessun caso!**

il simulatore e' un essere umano vivo :

il simulatore ha freddo : **coprilo !**

ASCOLTARE il simulatore: spesso vuol dire ricevere indicazioni utili a capire patologia e 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, del ferito, prima di abbandonare il simulatore, prendersi cura di lui... accertarsi che stia comodo e non abbia freddo... ricordarsi di controllare comunque i suoi parametri vitali di tanto in tanto.

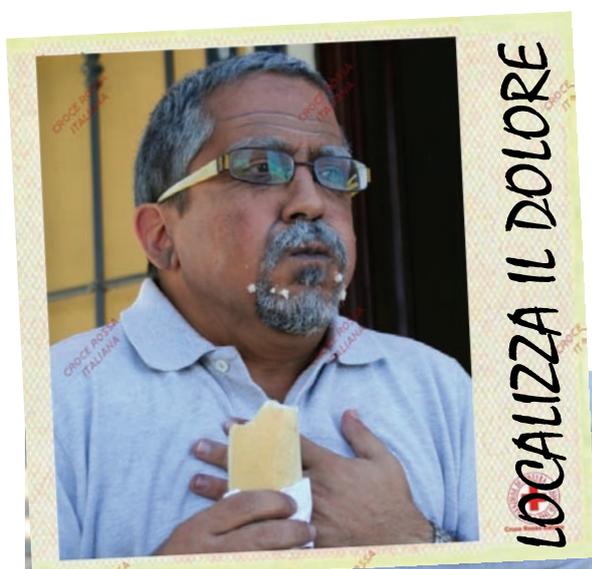
INTERROMPRE LA SIMULAZIONE se il simulatore dice:

NO PLAY: ... 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).

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.



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

RECITAZIONE

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



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



INTERAGISCI



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!

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.

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)



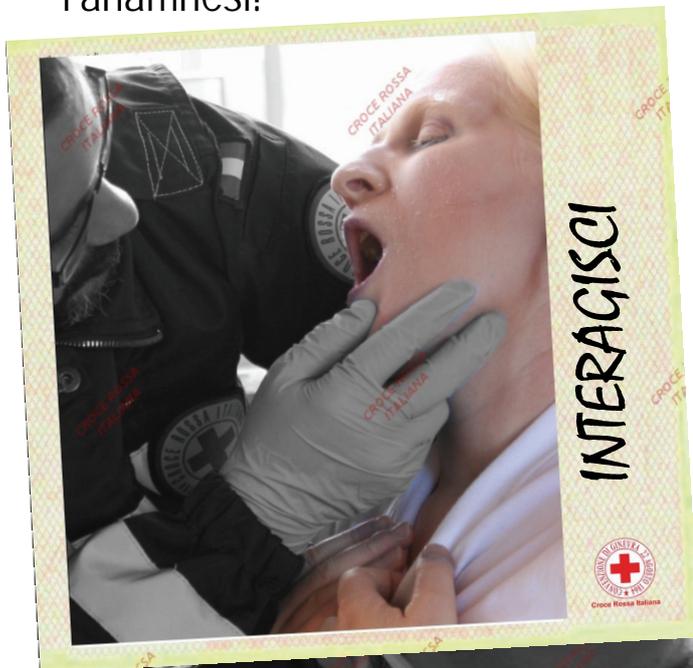
RECITAZIONE

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



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)

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.

PARAMETRI



- A : pervie con secchezza delle fauci
- B : >25 atti / tachipnea
- C : >100 bpm / tachicardia
- D : AVPU: A
- E: cute pallida e sudata



RECITAZIONE

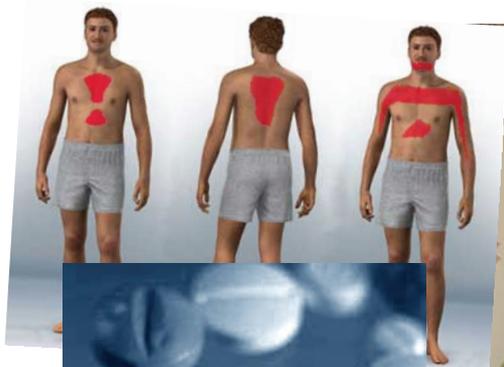
Particolare attenzione alla respirazione per NON rischiare di iperventilare! Dare molto peso alla gravità del dolore, ai sintomi e all'angor: Portare sempre le mani al petto. CERCARE DI INDIRIZZARE I SOCCORRITORI alla identificazione della patologia dando informazioni tipiche del dolore cardiaco che 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.





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.



USA LA VOCE



SAPERSI AGGRAVARE



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, 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.



PARAMETRI

A : *per vie con ricchezza delle fauci*

B : 16—18 atti

C : 80—100 bpm

D : AVPU: A

E : *rosa*



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.



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 e' in grado di compiere nessuna azione volontaria.



PARAMETRI



PRE

- A : pervie
- B : 12 - 15 atti
- C : <80 bpm → bradicardia
- D : AVPU: A → U
- E: cute pallida

PARAMETRI



POST

- 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

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 ...



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 fa 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.



PARAMETRI



A: schiuma alla bocca e/o vomito

B: < 15 bradipnea

C: < 60 bradicardia

D: AVPU: A → V → P → U

E: cianosi periferiche



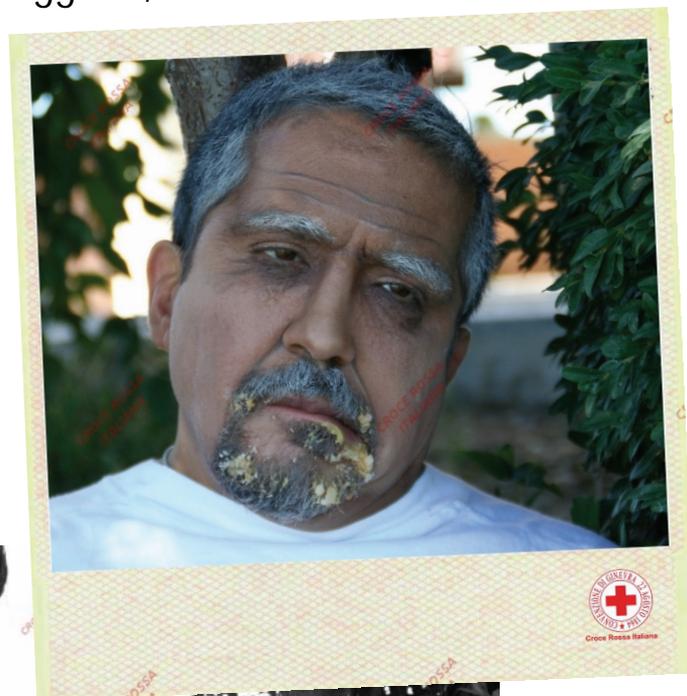
RECTAZIONE

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.



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



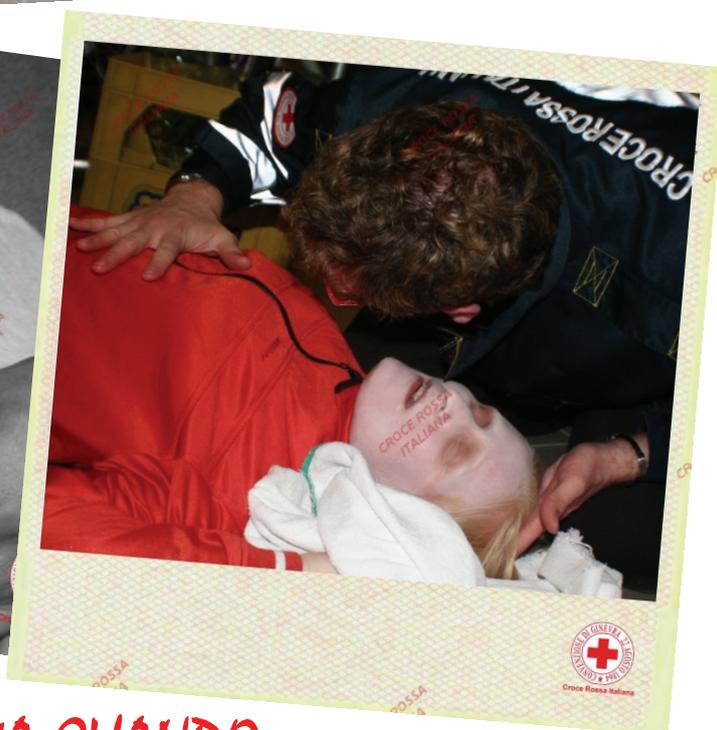
RECITAZIONE

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

Il tema della disabilità è una delle grandi attenzioni che la C.R.I. sviluppa nel campo delle specificità dell'intervento sanitario alla presenza di persone disabili.

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, in quanto non si tratta di soggetti affetti da patologie; ma bensì di persone comuni con deficit sensoriali o difficoltà nella deambulazione che giornalmente vengono assistite dalla Croce Rossa e a cui ogni simulatore si può ispirare nella creazione di un nuovo soggetto da impersonare.



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

Personaggio utilizzato per chiudere prevalentemente le scene in cui vi sono già presenti patologie complesse.

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



PARAMETRI

A : vie aeree pervie

B : 16 atti / normale

C : 80 bpm / normale

D : AVPU: A

E: cute rosea

RECTAZIONE

 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".



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.



PARAMETRI



- A : ferite
- B : >25 atti / tachipnea
- C : >100 bpm / tachicardia
- D : AVPU - A
- E : cute pallida e sudata



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.



LA SIMULAZIONE SI ATTENUA QUANDO

Il soccorritore lo allontana e lo mette in sicurezza cercando di mantenerlo calmo e rassicurandolo.

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.

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.



PARAMETRI



A : pervie

B : >25 atti / tachipnea

C : 80 bpm

D : AVPU : U → SIMULATA

E : rosea



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.



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

Personaggio utilizzato per chiudere prevalentemente alcune scene in cui vi sono già presenti patologie complesse. 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 : pervic
- 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.



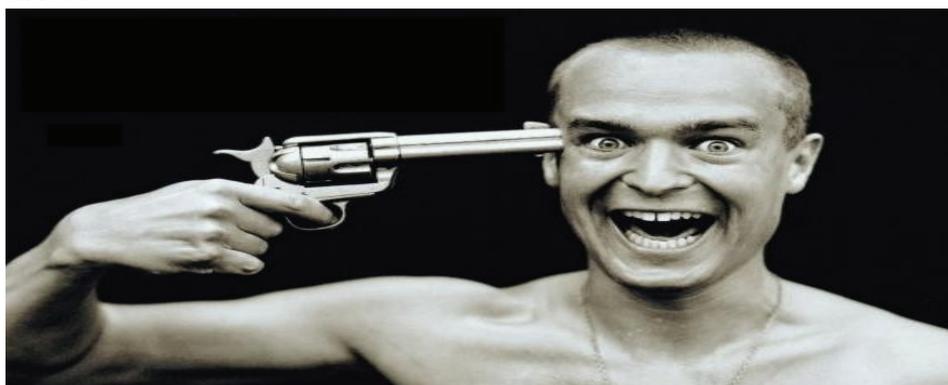
LA SIMULAZIONE SI ATTENUA QUANDO

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 ALCODOL

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.

PARAMETRI

A : *ferve a volte vomita*

B : *16 atti / normale*

C : *80 bpm / normale*

D : *AVPU: A*

E: *alito alcolico,
cute rossa e sudata*



RECITAZIONE

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



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 ALCODOL

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



PARAMETRI

- A : pervie
- B : 16 atti / normale
- C : 80 bpm / normale
- D : AVPU: A
- E : cute rossa



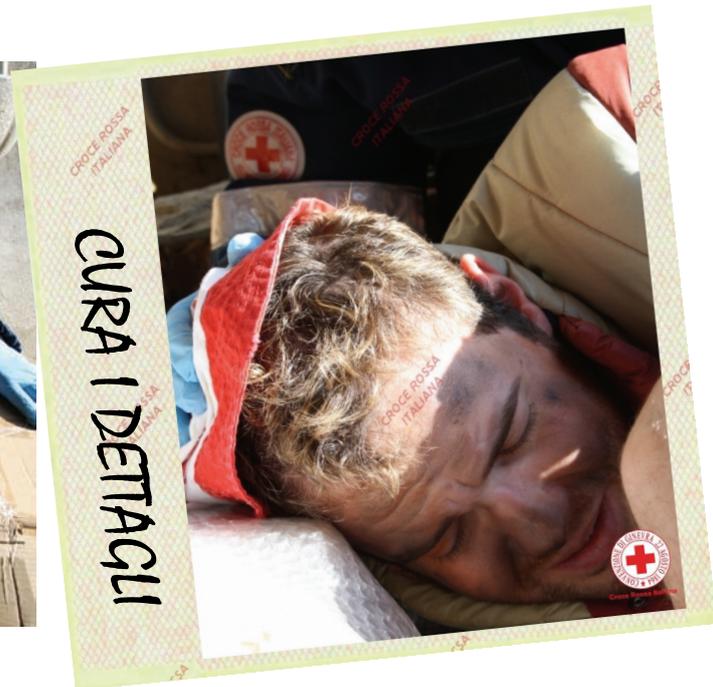
RECITAZIONE

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.



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:



• **Oppiacei:** 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.



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



RECTAZIONE

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.



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.

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



PARAMETRI

A : pervie

B : >25 atti / tachipnea

C : >100 bpm / tachicardia

D : AVPU: A

E : cute pallida e molto sudata

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.



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.



CONTENERSI



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.

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.



PARAMETRI



A: pervie / vomito / scialorrea

B: >25 atti

C: <100 bpm

D: AVPU: A

E: cute pallida e sudata



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 .



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 inscatola. 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 suicidiale, 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.

PARAMETRI



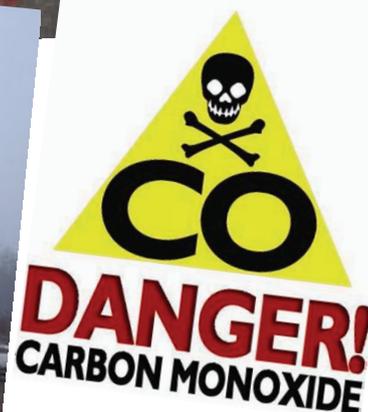
A: *peric*

B: < 10 atti bradipnea

C: > 100 bpm tachicardia

D: AVPU: V → P → U

E: cute rosso ciliegia



RECTAZIONE

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.



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.



PARAMETRI

- A: *pervie (IPO)*
Perwie/secchezza delle fauci (IPER)
- B: *>25 atti (IPER) / normale (IPO)*
- C: *>100 bpm (IPER); 80 bpm (IPO)*
- D: *AVPU: A-V-D-U*
- E: *cute pallida e sudata (IPO);
cute rossa e calda (IPER)*



RECTAZIONE

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.



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 essercela 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 : perie



B : >25 atti / tachipnea

C : >100 bpm / tachicardia

D : AVPU: A

E: cute rosse e molto sudate



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.

PARAMETRI



A : *ferite*

B : *12-15 atti*

C : *80-100 bpm*

D : *AVPU: A*

E : *rossore localizzato*



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.



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.



PUNTO DI DOLORE



MEDICAZIONE



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.



PARAMETRI

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

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.





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.

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



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.



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

ESCORAZIONE TAGLI LUSSAZIONI DISTORSIONI FRATTURE

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.

PARAMETRI

A : ferite

B : 16 atti / normale

C : 80 bpm / normale

D : cute pallida a volte

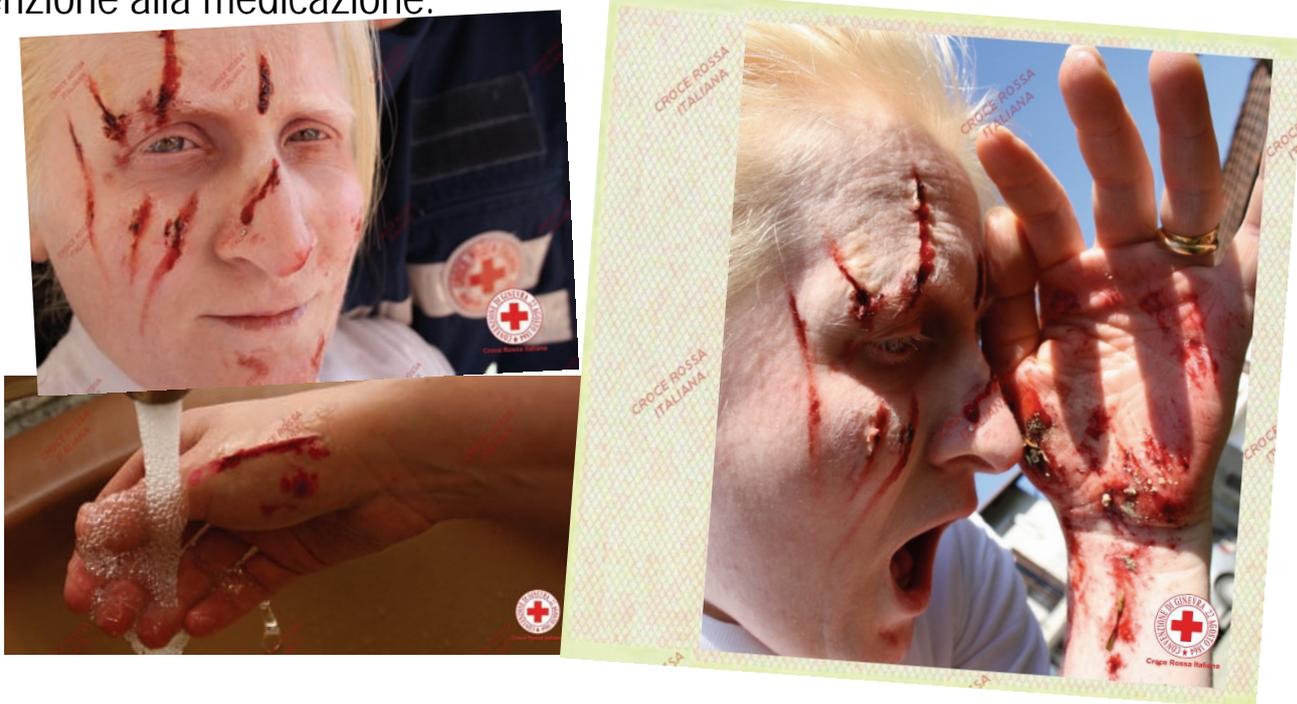
AVPU: A



RECTAZIONE

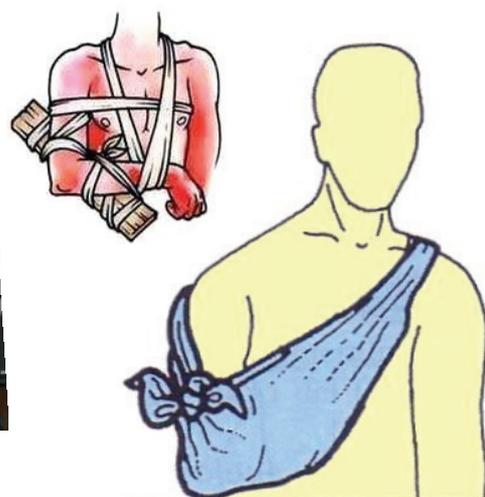
ESCORAZIONE E TAGLI

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.



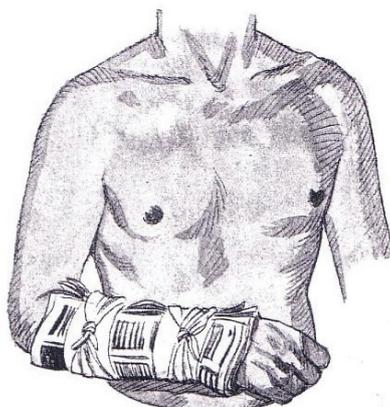
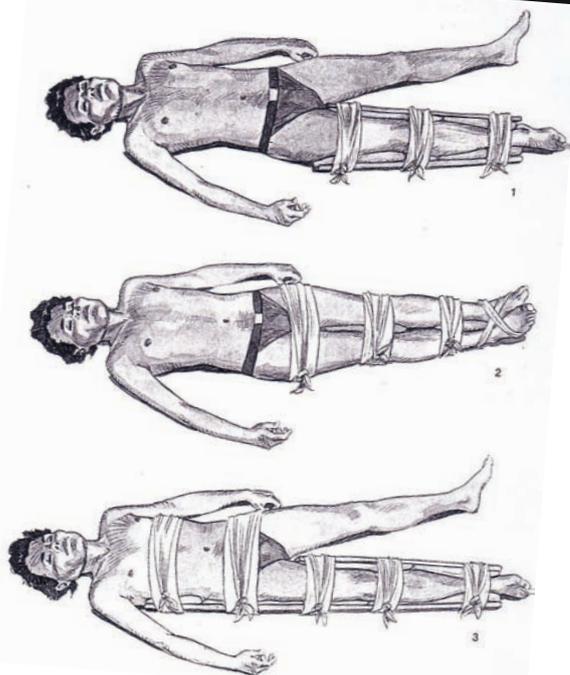
LUSSAZIONI

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 a alterazione della sensibilità e intorpidimento della parte distale dell'arto.

FRATTURE ESPOSTE

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

La dinamica dell'evento deve essere importante e presuppone che la mobilizzazione dell'arto sia fatta con estrema cautela.



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—D—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.

PARAMETRI



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



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.





LA SIMULAZIONE SI ATTENUA QUANDO

Il soccorritore esegue correttamente l'emostasi: pone l'arto in "scarico", effettua una compressione diretta, esegue i punti di compressione a distanza ed eventualmente ricorre al laccio emostatico arterioso correttamente posizionato. Fa assumere la posizione antishock, monitorizza i parametri vitali 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.

PARAMETRI

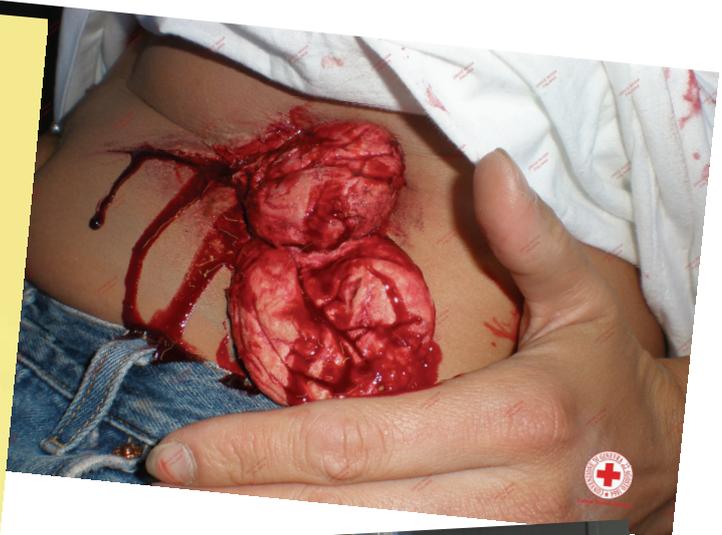
A: pervie

B: >25 atti / tachipnea

C: >100 bpm / tachicardia

D: AVPU: A

E: cute pallida e sudata



RECTAZIONE

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 .



LA SIMULAZIONE SI ATTENUA QUANDO

Il soccorritore pone sempre molta attenzione al tamponamento di un eventuale emorragia venosa, irrorra 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: febbre

B: >25 atti / tachipnea

C: >100 bpm / tachicardia

D: AVPU: A

E: cute rossa e secca con flittene



RECITAZIONE

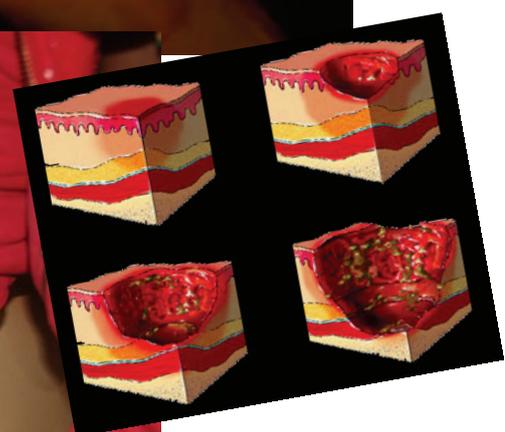
Inizialmente molto agitato e con fortissimi dolori tende ad aggravarsi se non viene eseguita la posizione antishock e non gli viene raffreddata la zona della lesione. Attenzione nel far capire al soccorritore che il dolore diminuisce grazie alla continua irrorazione delle parti ustionate. Mantenere un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



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.

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

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



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.





LA SIMULAZIONE SI ATTENUA QUANDO

Il soccorritore applica valvola di FLAT 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.

PARAMETRI



A : per vie

B : >25 atti / tachipnea

C : >100 bpm / tachicardia

D : AVPU: U → P → V → A

E : cute rossa e secca con flitene 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.



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.



ATTENZIONE
PERICOLO DI
FOLGORAZIONE



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.

SCHEDA RIASSUNTIVA

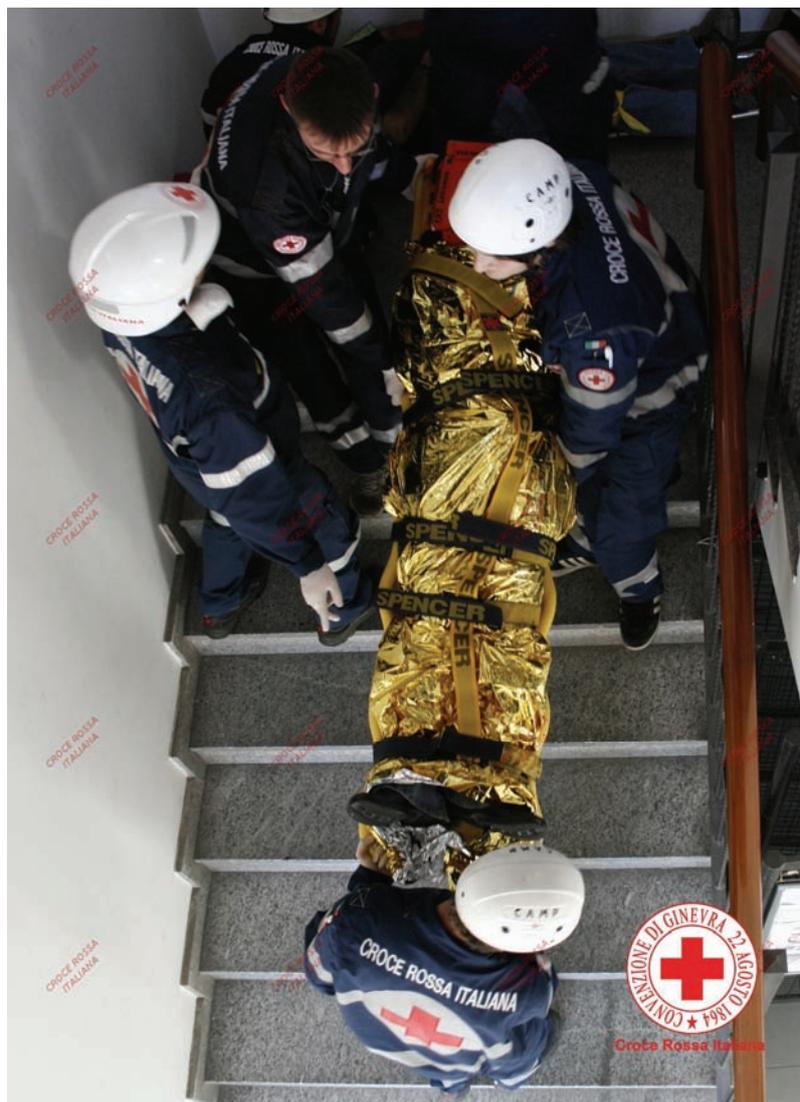
AZIONI SOCCORRITTORE

- Autoprotezione personale.
 - Valutazione rischi ambientali attorno al paziente e dal paziente e valutazione dinamica.
 - Approccio frontale e contatto fisico.
 - Presentazione.
- A:** Valutazione stato di coscienza e pervietà vie aeree
- B:** Valutazione frequenza e tipo di respiro
- C:** Valutazione polso RADIALE o CAROTIDEO (10")
- D:** Valutazione neurologica
- E:** Valutazione TESTA/PIEDI
- TRATTAMENTO : FERITE, TRAUMI, FRATTURE, MEDICAZIONE



- PROTEZIONE DALL'IPOTERMIA .
- A.M.P.L.E.
- SOSTEGNO EMOTIVO ALLE PAURE E ALLE EMOZIONI.
- Rivalutazione **A B C** CONTINUA.

**OGNI MANOVRA EFFETTUATA SUL
SOGGETTO DEVE PRESUPPORRE
IL SUO CONSENSO INFORMATO**



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 NOSTRI COLLEGGHI VOLONTARI;
- 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 ED INTERAGISCE IN BASE AL SOCCORSO RICEVUTO;
- 5) SE IL SOCCORSO È CORRETTO LO STATO DEL PAZIENTE MIGLIORA ALTRIMENTI PEGGIORA E CONTRASTA LE MANOVRE DI SOCCORSO PER FAR RECEPIRE AL SOCCORRITORE CHE STA SBAGLIANDO;

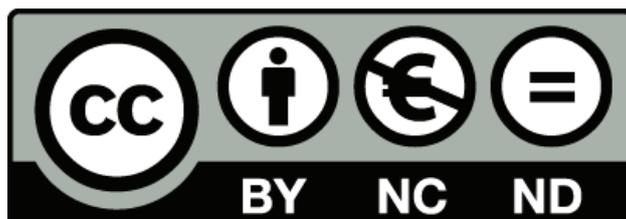
- 6) IL SIMULATORE HA UN ANGELO CUSTODE CHE LO AIUTA A METTERE AL MEGLIO IN ATTO LA SIMULAZIONE ... IL SUO TRUCCATORE;
- 7) IL SIMULATORE COLLABORA CON IL GRUPPO TRUCCATORI E MONITORI AL MASSIMO PER RENDERE UNO SCENARIO IL PIÙ POSSIBILE ADERENTE ALLA REALTÀ;
- 8) UNA BUONA SIMULAZIONE RICHIEDE SEMPRE UNA BUONA "PROVA ZERO";
- 9) NON USA MAI TERMINI VOLGARI 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.



SOPRATTUTTO SI DIVERTE SEMPRE!!!

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano tutti coloro i quali hanno partecipato, con la propria esperienza ed il proprio lavoro, alla realizzazione ed alla stesura di questo manuale.



Quest' opera è distribuita con licenza Creative Commons
Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 3.0 Italia.

Tu sei libero: di riprodurre, distribuire, comunicare al pubblico, esporre in pubblico, rappre-sentare, eseguire e recitare quest'opera.

Attribuzione — Devi attribuire la paternità dell'opera nei modi indicati dall'autore o da chi ti ha dato l'opera in licen-za e in modo tale da non suggerire che essi avallino te o il modo in cui tu usi l'opera.

Non commerciale — Non puoi usare quest'opera per fini commerciali.

Non opere derivate — Non puoi alterare o trasformare quest'opera, ne' usarla per crearne un'altra.

www.cri.it