

RICAPITOLANDO.....

Di fronte al politraumatizzato, nell'ambito extraospedaliero, le fasi dell'intervento infermieristico possono essere riassunte in

- **VALUTAZIONE PRIMARIA E STABILIZZAZIONE**
- **VALUTAZIONE SECONDARIA**
- **IMMOBILIZZAZIONE E TRASPORTO**

VALUTAZIONE SECONDARIA



- Durante la valutazione secondaria l'infermiere valuta il politraumatizzato dalla testa ai piedi.
- Il suo scopo è quello di rilevare lesioni o problemi che non siano stati identificati e trattati durante la valutazione primaria.
- Questa fase mirata a garantire una valutazione più approfondita può essere eseguita direttamente a bordo del mezzo di soccorso o durante il trasporto in ospedale.

RICAPITOLANDO.....

VALUTAZIONE SECONDARIA



- L'esame obiettivo dalla testa ai piedi implica osservazione, l'auscultazione e la palpazione e quindi la valutazione di tutti i segmenti corporei, a partire dalla cute
- Eventuali altre lesioni non rilevate durante la valutazione primaria vengono trattate o stabilizzate, immobilizzate ed annotate sulla scheda riassuntiva dell'intervento, le emorragie tamponate.

VALUTAZIONE SECONDARIA



Il rilievo di segni clinici suggestivi di lesioni traumatiche intra-addominali all'esame obiettivo è molto importante

- Il paziente deve essere completamente svestito
- Ispezione
 - Addome anteriore e posteriore
 - Torace inferiore
- Ricerca di
 - Abrasioni
 - Contusioni
 - Ematomi (pulsanti)

VALUTAZIONE SECONDARIA



Reperti Soggettivi

- Localizzazione da parte del paziente del dolore
- Intensità

Reperti Oggettivi

- Dolore di tipo viscerale e localizzato.
- Contrattura della muscolatura addominale

può essere indotta dalla paura del dolore e può non rappresentare un significativo segno di lesione

VALUTAZIONE SECONDARIA



Le gravi emorragie secondarie a fratture del bacino.

- Le grandi ossa del bacino ricevono un notevole flusso ematico e le fratture scomposte possono sanguinare copiosamente
- Coinvolgimento vasi iliaci
- Gruppi muscolari più importanti che circondano queste ossa sono anch'essi riccamente vascolarizzati

RILIEVO DEI POLSI PERIFERICI

VALUTAZIONE SECONDARIA



In questa fase l'infermiere esegue una seconda valutazione neurologica, più dettagliata rispetto a quella eseguita durante la fase di valutazione primaria, che comprende la valutazione della funzionalità motoria e sensoriale delle estremità, la determinazione della funzionalità cerebrale secondo il Glasgow Coma Scale e la rivalutazione pupillare.

RICAPITOLANDO.....

VALUTAZIONE SECONDARIA

GLASGOW COMA SCALE



A. APERTURA OCCHI

- Orientata 5
- Confusa 4
- Parole inappr. 3
- Suoni incompr. 2
- Nessuna 1

B. RISPOSTA VERBALE

- Orientata 5
- Confusa 4
- Parole inappr. 3
- Suoni incompr. 2
- Nessuna 1

C. RISPOSTA MOTORIA

- Ubbidisce al comando 6
- Localizza il dolore 5
- Retrazione 4
- Flessione 3
- Estensione 2
- Nessuna 1

RICAPITOLANDO.....

VALUTAZIONE SECONDARIA



Glasgow Coma Score

Punteggio GCS:

A + B + C

Il valore numerico del GCS (minimo 3, massimo 15)
viene segnalato alla Centrale Operativa 118

La valutazione secondaria termina con una breve raccolta dei principali dati anamnestici. Un utile sussidio mnemonico per la raccolta dell'anamnesi è costituito dall'acronimo **AMPLE**

A	Allergies	Allergie
M	Medicines	Medicinali attualmente assunti
P	Past illnesses	Precedenti patologie
L	Last meal	Ultimo pasto
E	Events	Eventi correlati alla lesione



TRASPORTO IN OSPEDALE

- Il trasporto del politraumatizzato dal luogo dell'evento all'ospedale costituisce spesso un momento delicato vista anche la difficoltà ad operare sul mezzo di trasporto in movimento, anche per questo deve avvenire solo dopo che le funzioni vitali sono state stabilizzate e il centro ospedaliero di destinazione è stato individuato.
- La valutazione del paziente secondo il metodo ABCD e l'osservazione dei parametri vitali monitorizzati avviene in modo continuo. Ogni eventuale modificazione delle condizioni del paziente tale da modificare anche il codice di gravità assegnato viene tempestivamente comunicato via radio o via cavo alla Centrale Operativa 118



TRASPORTO IN OSPEDALE

RUOLO DELL'INFERMIERE

- Corretta trasmissione delle informazioni
- Congruo smistamento dei feriti:
 - Necessità terapeutiche delle vittime
 - Carichi di lavoro tra le diverse strutture di Pronto Soccorso.

Una volta valutato e stabilizzato il paziente, compete alla Centrale Operativa 118 l'identificazione del centro ospedaliero di destinazione.



TRIAGE IN PRONTO SOCCORSO

- Nel caso di codici elevati l'infermiere di Triage è di norma già preallertato dalla Centrale Operativa 118 e provvede, all'arrivo, ad indirizzare l'equipaggio di soccorso verso la zona di trattamento delle emergenze ed il paziente viene subito preso in carico dal team sanitario del Pronto Soccorso
- Il codice di gravità assegnato sul mezzo di soccorso viene confermato o elevato se si riscontra un ulteriore peggioramento delle condizioni cliniche.
- Dopo il Triage, il paziente viene inviato nell'area di trattamento, dove si provvede alla sua mobilitazione dalla lettiga del mezzo alla barella del Pronto Soccorso



TRIAGE IN PRONTO SOCCORSO

Da non sottovalutare sono i pazienti che giungono in Pronto Soccorso con mezzi propri o trasportati da mezzi di soccorso di base provvisti di equipaggio non sanitario, questi vanno individuati subito dalla valutazione alla porta e sottoposti immediatamente alla valutazione di Triage.





TRIAGE IN PRONTO SOCCORSO

Principale funzione dell'infermiere triagista

Individuare con rapidità i pazienti ad elevato rischio evolutivo

- rapida valutazione delle condizioni cliniche
- rilevazione di problemi legati all'ABCD
(vie aeree, respiro, circolo, stato di coscienza).

Ogni alterazione riferita ad uno dei quattro steps dell'ABCD in un paziente politraumatizzato giustifica l'immediata assegnazione di un codice ad elevato grado di priorità (giallo o rosso).





TRIAGE IN PRONTO SOCCORSO

- Una volta definito il codice di triage, specialmente se elevato, occorre non perdere ulteriore tempo in manovre o valutazioni che possono essere svolte all'interno delle sale visita ed inoltrare il paziente all'interno del DEA.
- Spesso nel caso del politrauma la funzione dell'infermiere di triage assume notevole importanza anche nella gestione della situazione della sala di attesa e nello smistamento dei pazienti.





IDENTIFICAZIONE CODICE COLORE (Politrauma)

VALUTAZIONE STATO GENERALE	Alterazioni stato di coscienza	se SI Cod. ROSSO
	Assenza polso radiale (PA \geq 90 mmHg)	
	Alterazioni frequenza respiratoria	
VALUTAZIONE ANATOMICA DELLA LESIONE	Frattura esposta di medio-grosso segmento	se SI Cod. ROSSO
	Presenza di paresi	
	Amputazione medio-grosso segmento	
	Sosp. frattura di due o più grossi segmenti	
	Ustioni > 10% della superficie corporea	
	Lesioni penetranti a collo, tronco, coscia	



IDENTIFICAZIONE CODICE COLORE (Politrauma)

VALUTAZIONE DEL MECCANISMO TRAUMATICO	Eiezione da veicolo	se SI Cod. GIALLO
	Decesso di altri coinvolti	
	Pedone investito	
	Caduta da più di 3 metri	
ALTRE SITUAZIONI CRITICHE	Età \geq 5 anni o $<$ 60 anni	Se SI Cod. GIALLO
	Presenza di diabete, cirrosi, cardiopatie	
	Trauma da scoppio	
	Emorragia non facilmente controllabile	
	Ematomi pulsanti	
	Amnesia	
	Segni neurologici di trauma cranico	



ACCETTAZIONE IN PRONTO SOCCORSO

In ambito intraospedaliero l'infermiere collabora con il medico all'accettazione del politraumatizzato, lo accompagna in tutto il percorso che va dal momento del suo ritrovamento ancora sulla strada alla sua guarigione definitiva, passando per le fasi di accettazione e trattamento in Pronto Soccorso, accompagnamento durante i percorsi diagnostici, trattamento definitivo in Sala operatoria, degenza in Terapia Intensiva e in Reparto di degenza



**ACCETTAZIONE
IN PRONTO SOCCORSO**

FASI DELL'ATTIVITÀ INFERMIERISTICA

- **Accettazione virtuale**
- **Accoglienza**
- **Valutazione primaria e Trattamento**
- **Esecuzione Rx Torace, ETG Addome, Rx Bacino**
- **Valutazione secondaria e Trattamento**
- **Assistenza durante i percorsi diagnostici**
- **Trattamento definitivo**



ACCETTAZIONE
IN PRONTO SOCCORSO

“ACCETTAZIONE VIRTUALE”

Va dal momento dell'allertamento telefonico all'effettivo arrivo in Pronto Soccorso, che l'infermiere si occupa di controllare la presenza e l'adeguatezza delle risorse umane e strutturali e le predispone affinché vengano create le condizioni ideali per l'accettazione

I dati che vengono raccolti telefonicamente riguardano:

- Ora del primo allertamento
- Operatore con il quale si comunica
- Sesso ed età del paziente (anche approssimativa)
- Dinamica e luogo dell'evento
- Risultati della prima valutazione (stato di coscienza, lesioni evidenti e presunte)
- Codice di gravità
- Primi provvedimenti adottati



ACCETTAZIONE
IN PRONTO SOCCORSO

“ACCETTAZIONE VIRTUALE”

Sulla base delle informazioni raccolte, l’infermiere:

- Identifica le priorità di trattamento (ABCDE)
- Identifica e allerta il medico di riferimento
- Allerta eventuali consulenti specialisti

Sulla base delle lesioni più gravi o presunte, l’infermiere:

- Allerta il Triage e la Radiologia
- Libera la sala visita per le emergenze o ne identifica un'altra
- Si accerta della presenza di tutto il materiale necessario (presidi, strumenti ed apparecchiature)
- Verifica la disponibilità e predispone i presidi di protezione individuale



**ACCETTAZIONE
IN PRONTO SOCCORSO**

“ACCETTAZIONE VIRTUALE”

PREPARAZIONE DEL MATERIALE SECONDO IL METODO ABCDE

SICUREZZA		Presidi di protezione individuale
A	Pervietà vie aeree	Collare cervicale
		Cannula di Guedell
		Aspiratore funzionante più sondini per broncoaspirazione
		Materiale per intubazione endo tracheale
		Farmaci per la sedazione
B	Respiro	Set per somministrazione O2
		Ventilatore meccanico acceso e funzionante
		Apparecchio radiologico per Rx Torace
		Set per drenaggio toracico



**ACCETTAZIONE
IN PRONTO SOCCORSO**

“ACCETTAZIONE VIRTUALE”

PREPARAZIONE DEL MATERIALE SECONDO IL METODO ABCDE

C	Circolo	Materiale per reperimento accessi venosi
		Materiale per prelievi ematochimici
		Materiale per infusione soluzioni saline calde
		Monitor con cavi per FC, PAO, SatO2
		Apparecchio radiologico per ETG Addome e per Rx Bacino
D	Quadro neurologico	Pila per riflessi oculari
E	Esposizione	Forbici taglia abiti
		Presidi per immobilizzazione fratture
		Sacco per raccolta valori ed effetti personali



**ACCETTAZIONE
IN PRONTO SOCCORSO**

“ACCETTAZIONE VIRTUALE”

TRAUMA TEAM

“Squadra di accettazione”

- **MEDICO DI RIFERIMENTO**
- **TRE INFERMIERI (ALMENO NELLA FASE INIZIALE)**
- **FIGURA DI SUPPORTO ALL'ASSISTENZA (OTA O OSS)**
 - **Raccolta degli effetti personali**
 - **Trasferimento delle provette degli esami ematochimici in Laboratorio**
 - **Recupero degli esiti delle analisi**
 - **Trasporto del paziente**





**ACCETTAZIONE
IN PRONTO SOCCORSO**

ACCOGLIENZA

- Il personale infermieristico prende in carico il paziente trasferendolo dalla barella dell'ambulanza a quella del Pronto Soccorso in collaborazione con il personale del mezzo del 118.
- Considerata la complessità di tale manovra, soprattutto per i casi molto critici, è preferibile che la stessa venga effettuata nella sala visita di emergenza e non nei locali del Triage.
- Il trasferimento sulla barella del Pronto Soccorso avviene mantenendo la colonna in asse utilizzando i presidi a disposizione (tavola spinale, barella a cucchiaio, lettino tapis roulant) e osservando sempre attentamente il paziente



**ACCETTAZIONE
IN PRONTO SOCCORSO**

ACCOGLIENZA

Durante tutti gli spostamenti l'infermiere controlla che:

- **La colonna vertebrale rimanga in asse**
- **Gli accessi venosi rimangano posizionati**
- **Gli ausili di immobilizzazione rimangano posizionati**
- **Durante la mobilizzazione non vi siano variazioni precipitose dello stato di coscienza o dei parametri vitali**

È in questa fase che il personale sanitario del pronto Soccorso raccoglie direttamente dal personale del mezzo di soccorso informazioni riguardanti la dinamica dell'evento traumatico, gli esiti della valutazione extraospedaliera e i provvedimenti adottati



**ACCETTAZIONE
IN PRONTO SOCCORSO**

VALUTAZIONE PRIMARIA - TRATTAMENTO

- In ambito infermieristico le fasi ABCDE della valutazione primaria ed il trattamento delle condizioni pericolose per la vita avviene simultaneamente ed in maniera coordinata.
- I tre infermieri che costituiscono il trauma team hanno ognuno compiti precisi, onde evitare confusione e sovrapposizione dei ruoli.
- Il coordinamento del medico cui competono le scelte terapeutiche garantisce anche il rispetto delle priorità.



**ACCETTAZIONE
IN PRONTO SOCCORSO**

VALUTAZIONE PRIMARIA - TRATTAMENTO

	UBICAZIONE	FASE DELLA VALUTAZIONE	ATTIVITA'
INFERMIERE 1	Con il medico alla testa del paziente	A B D	Collabora alla valutazione e al mantenimento della pervietà delle vie aeree.
			Somministra O2 o collega il ventilatore meccanico
			Collabora alla valutazione dello stato neurologico



**ACCETTAZIONE
IN PRONTO SOCCORSO**

VALUTAZIONE PRIMARIA - TRATTAMENTO

	UBICAZIONE	FASE DELLA VALUTAZIONE	ATTIVITA'
INFERMIERE 2	Al lato del paziente	C	Reperisce o assicura 2 accessi venosi di grosso calibro
			Esegue i prelievi ematochimici
			Somministra soluzioni saline
			Somministra farmaci



**ACCETTAZIONE
IN PRONTO SOCCORSO**

VALUTAZIONE PRIMARIA - TRATTAMENTO

	UBICAZIONE	FASE DELLA VALUTAZIONE	ATTIVITA'
INFERMIERE 3	Al lato del paziente	C E	Rimuove gli indumenti
			Monitorizza FC, PAO, SatO
			Esegue manovre emostatiche
			Immobilizza le sospette fratture
			Protegge dall'ipotermia

I membri del team sono strategicamente posizionati intorno alla barella sulla base delle loro mansioni .
Essi sono coordinati con il posizionamento dell'equipaggiamento all'interno della sala emergenza

Controllo Airtail / MD o RN

(può essere un chirurgo, anestesista o il medico di emergenza)

- Stabilisce pervietà delle vie respiratorie
- Intuba
- Svolge o assiste alla procedura

Chirurgo / team leader

- Effettua la valutazione iniziale
- Coordina tutte le attività del team
- Svolge o assiste con procedure

Infermiere

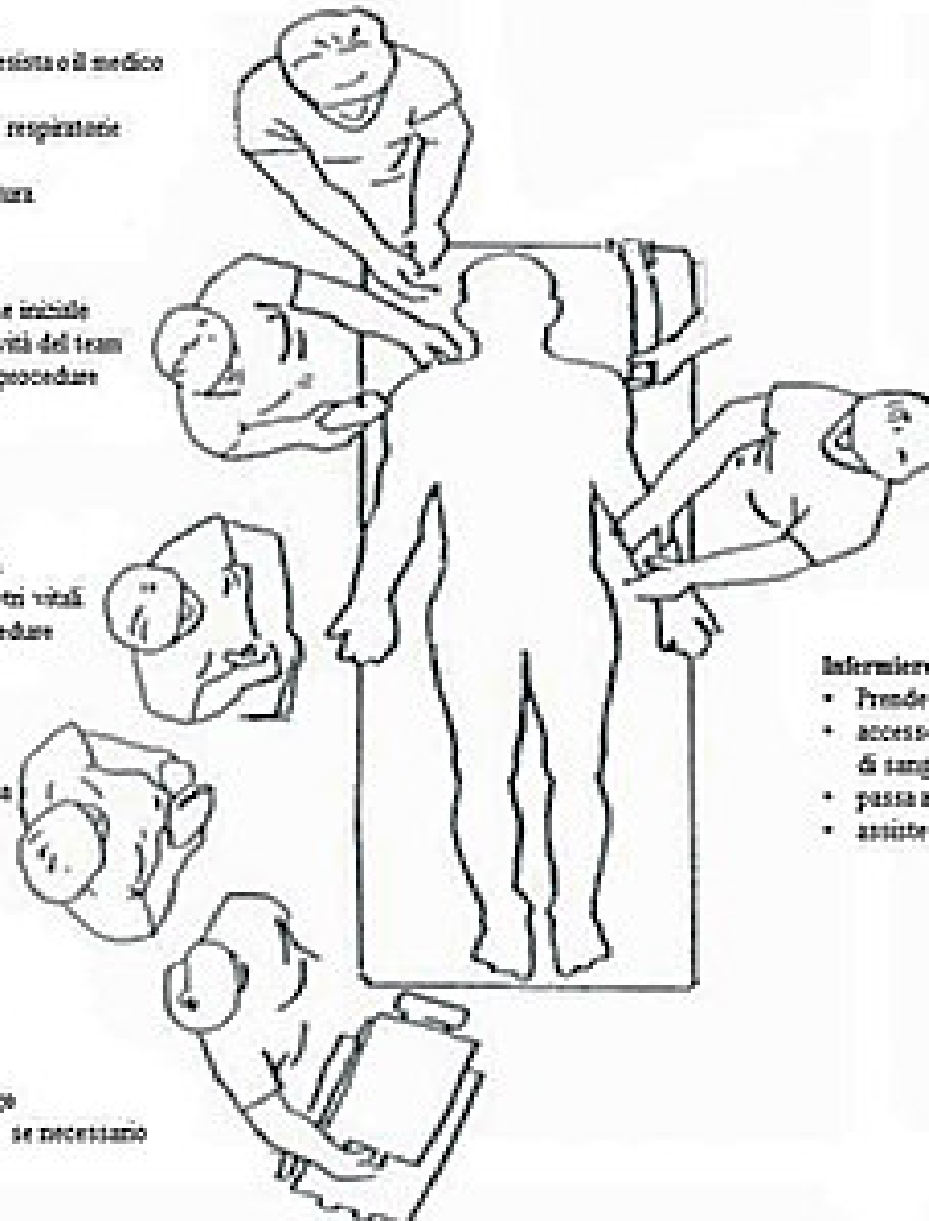
- Chiede allarme
- Predispone l'area
- Registra i parametri vitali
- Assiste con procedure

Laboratorio

- Porta il sangue dalla banca del sangue
- Trasporta campioni al laboratorio

Radiologo

- Filma se necessario





**ACCETTAZIONE
IN PRONTO SOCCORSO**

VALUTAZIONE SECONDARIA E TRATT.

- Praticate le prime manovre salvavita sarebbe preferibile, che ECO Addome, Rx Torace ed Rx Bacino fossero eseguiti nell'area di trattamento, ed è cura dell'infermiere predisporre ambiente, operatori e paziente affinché questi possano essere effettuati.
- A queste possono seguire il trattamento chirurgico urgente in caso di emoperitoneo, il drenaggio toracico o la compressione meccanica del bacino.
- L'infermiere collabora alla valutazione testa e piedi, alla valutazione neurologica, e alla raccolta dell'anamnesi del politraumatizzato.
- Prescritti gli accertamenti diagnostici l'infermiere accompagna e sorveglia il paziente in tutto il suo iter diagnostico.



**ACCETTAZIONE
IN PRONTO SOCCORSO**

ASSISTENZA DURANTE I PERCORSI DIAGNOSTICI

- **Trasportare e mobilizzare il paziente traumatizzato in sicurezza**
- **Ottimizzare al meglio le risorse e i tempi che permettono di eseguire le indagini diagnostiche**
- **Individuare, in base alle condizioni del paziente, le opportune modalità di trasporto e mobilizzazione**
- **Identificare, in base alle condizioni del paziente, gli strumenti e i materiali che devono accompagnare il paziente o essere facilmente reperibili dai sanitari durante il trasporto e la permanenza nei servizi diagnostici al fine di far fronte a tutte le emergenze prevedibili.**



**ACCETTAZIONE
IN PRONTO SOCCORSO**

**ASSISTENZA DURANTE I PERCORSI
DIAGNOSTICI**

I MEZZI DI TRASPORTO IN P.S.

MEZZO	DESCRIZIONE	PREGI	DIFETTI
BARELLA RIGIDA	<p>E' una barella radiotrasparente che permette l'esecuzione di radiografie senza lo spostamento fisico del paziente.</p> <p>È dotata di asta porta flebo per e può essere dotata di cesto porta bombola o₂ e monitor.</p> <p>È la barella usata per tutti i traumatizzati che Giungono in pronto soccorso.</p>	<p>Non si deve spostare il paziente per l'esecuzione di radiografie</p>	<p>E' molto rigida e per il paziente. Va usata solo il tempo necessario per l'esecuzione degli esami</p>



**ACCETTAZIONE
IN PRONTO SOCCORSO**

**ASSISTENZA DURANTE I PERCORSI
DIAGNOSTICI**

I MEZZI DI TRASPORTO IN P.S.

MEZZO	DESCRIZIONE	PREGI	DIFETTI
BARELLA MORBIDA	E' una barella articolata dotata di un materasso morbido	Comoda per i pazienti già studiati dal punto di vista radiografico	Non può essere usata per l'esecuzione di esami radiologici. Richiede un ulteriore spostamento del paziente



**ACCETTAZIONE
IN PRONTO SOCCORSO**

**ASSISTENZA DURANTE I PERCORSI
DIAGNOSTICI**

I MEZZI DI TRASPORTO IN P.S.

MEZZO	DESCRIZIONE	PREGI	DIFETTI
LETTINO TAPIS- ROULANT	E' un mezzo di trasporto dotato di un tappeto tapis-roulant meccanico alimentato a corrente che passando sotto il paziente lo sposta da una barella all'altra	Consente di spostare i pazienti da una barella all'altra senza sforzo fisico degli operatori e senza far correre rischi al paziente che mantiene sempre la colonna in asse	Su di esso non possono essere effettuati esami radiografici. Essendo un'apparecchiatura elettrica si può rompere. Bisogna conoscerne l'uso



**ACCETTAZIONE
IN PRONTO SOCCORSO**

**ASSISTENZA DURANTE I PERCORSI
DIAGNOSTICI**

TECNICHE DI MOBILIZZAZIONE IN P.S.

➤ **Lettino tapis-roulant**

E' di gran lunga lo strumento più agevole e sicuro, ma considerato l'elevato costo e la necessaria manutenzione non sempre è disponibile

➤ **Barella a cucchiaio**

Bisogna ruotare prima da un lato e poi dall'altro il paziente inserendo sotto di esso le due parti della barella a cucchiaio. Consente lo spostamento del paziente in asse ma può essere una manovra difficile e faticosa per gli operatori.



**ACCETTAZIONE
IN PRONTO SOCCORSO**

**ASSISTENZA DURANTE I PERCORSI
DIAGNOSTICI**

TECNICHE DI MOBILIZZAZIONE IN P.S.

➤ Rullo sposta-pazienti

E' un piccolo rullo di tela plastificata che posizionato sotto i glutei e la schiena del paziente, aiutato dagli operatori, ne consente lo scivolamento da una barella all'altra. Non garantisce l'asse della colonna vertebrale e quindi non può essere utilizzato per tutti i pazienti.

➤ Spostamento a peso del paziente

E' realizzato dagli operatori con o senza l'aiuto delle lenzuola sottostanti. Ha il difetto di essere faticoso per chi lo realizza e necessita di un numero cospicuo di operatori.



ACCETTAZIONE
IN PRONTO SOCCORSO

ASSISTENZA DURANTE I PERCORSI DIAGNOSTICI

- L'esecuzione degli esami radiologici semplici può essere effettuata a seconda dei casi sulla barella rigida, sulla barella morbida (sollevando il paziente per inserirne al di sotto la pellicola radiologica) o sul lettino fisso della sala di radiologia.
- Per quanto concerne invece TAC, RMN ed Angiografia l'esecuzione può avvenire solo sul lettino dell'apparecchiatura.
- Queste differenze e quelle legate al codice di gravità assegnato al paziente determinano la scelta circa la corretta procedura e le professionalità coinvolte nell'accompagnamento.



ACCETTAZIONE
IN PRONTO SOCCORSO

ASSISTENZA DURANTE I PERCORSI DIAGNOSTICI

- Il codice rosso viene accompagnato in Radiologia sempre con la barella rigida e con a seguito monitor, ambu, ventilatore portatile e set dei farmaci.
- Il personale coinvolto dall'accompagnamento è medico ed infermieristico.
- Anche il codice giallo viene accompagnato sempre in barella rigida.
- I supporti a seguito sono però variabili (monitor, bombola per O₂ terapia, ecc). il personale coinvolto dall'accompagnamento è infermieristico.



ACCETTAZIONE IN PRONTO SOCCORSO

ASSISTENZA DURANTE I PERCORSI DIAGNOSTICI

Gli ambienti della TAC, della RMN e dell'Angiografia devono essere dotati almeno di:

- **Sistema di aspirazione secreti**
- **Attacchi per O2 terapia**
- **Ventilatore meccanico**
- **Sistema per ventilazione manuale**
- **Monitor**
- **Carrello delle urgenze**
- **Armadio riserva farmaci e flebo**
- **Armadio riserva materiale monouso**

In alcuni casi, al fine di poter completare o migliorare la diagnosi, viene iniettato per via infusione un mezzo di contrasto. Tale evento aumenta ulteriormente le attività assistenziali infermieristiche.



**ACCETTAZIONE
IN PRONTO SOCCORSO**

**ASSISTENZA DURANTE I PERCORSI
DIAGNOSTICI**

RADIOGRAFIA ED ECOGRAFIA

- Trasporto del paziente e sua osservazione
- Eventuale mobilizzazione su lettino
- Collegamento apparecchi elettromedicali a rete elettrica
- Osservazione dello stato generale e dei parametri vitali durante l'esame
- Eventuale mobilizzazione su barella
- Osservazione dello stato generale e dei parametri vitali dopo l'esame
- Trasporto del paziente





ACCETTAZIONE IN PRONTO SOCCORSO

ASSISTENZA DURANTE I PERCORSI DIAGNOSTICI

T.C.

- Trasporto del paziente e sua osservazione
- Mobilizzazione su lettino
- Collegamento apparecchi elettromedicali a rete elettrica
- Osservazione dello stato generale e parametri vitali durante l'esame
- Mobilizzazione su barella
- Osservazione dello stato generale e parametri vitali dopo l'esame
- Trasporto del paziente

.....*Se mezzo di contrasto*

- Esecuzione esami ematici
- Collaborazione alla raccolta dell'anamnesi allergologia
- Reperimento accesso venoso per infusione m.d.c.
- Riconoscimento comparsa reazioni allergiche



**ACCETTAZIONE
IN PRONTO SOCCORSO**

**ASSISTENZA DURANTE I PERCORSI
DIAGNOSTICI**

R.M.

...Come TC più

- **Uso di apparecchiature compatibili con il campo elettromagnetico prodotto**
- **Rimozione dalla barella, lettino o paziente di qualunque oggetto metallico**
- **Collaborazione alla raccolta di informazioni circa la presenza nell'organismo di protesi o clip metalliche**
- **Protegge le orecchie del paziente dal forte rumore prodotto**



**ACCETTAZIONE
IN PRONTO SOCCORSO**

**ASSISTENZA DURANTE I PERCORSI
DIAGNOSTICI**

ANGIOGRAFIA

...Come TC più

- **Esecuzione esami ematici**
- **Reperimento accesso venoso di grosso calibro**
- **Reperimento referti di ECG ed RX del Torace**
- **Posizione catetere vescicale**
- **Tricotomia inguinale bilaterale**



**ACCETTAZIONE
IN PRONTO SOCCORSO**

TRATTAMENTO DEFINITIVO

Durante tutte le fasi di valutazione e trattamento rianimatorio nonché dei percorsi diagnostici si sono acquisite le informazioni circa:

- **Lo stato fisiologico del paziente**
- **Le sue lesioni anatomiche**
- **Il meccanismo di lesione le malattie concomitanti**
- **Fattori che possono influenzare la prognosi**



**ACCETTAZIONE
IN PRONTO SOCCORSO**

TRATTAMENTO DEFINITIVO



- Il trattamento definitivo del politraumatizzato solitamente coincide con il trattamento chirurgico in Sala Operatoria, a questo segue il ricovero in Rianimazione o presso un Reparto di degenza
- L'infermiere accompagna il paziente seguendo le stesse regole sia per la mobilizzazione che per l'immobilizzazione quando necessaria
- I parametri vitali del paziente vengono continuamente osservati e le variazioni di condizioni immediatamente segnalate e trattate



**ACCETTAZIONE
IN PRONTO SOCCORSO**

GESTIONE PARENTI

- **Troppo spesso questo aspetto viene considerato secondario adducendo come motivazione quella della situazione d'urgenza e dell'elevato carico di lavoro cui si è sottoposti**
- **La funzione di gestire la fase di accoglienza e la permanenza in PS prima del colloquio con il medico viene gestita da personale non direttamente coinvolto nell'assistenza del politraumatizzato e solitamente è un compito assegnato al triagista**



ACCETTAZIONE
IN PRONTO SOCCORSO

GESTIONE PARENTI

E' fondamentale dimostrare comprensione, disponibilità e partecipazione emotiva senza essere invadenti e rispettando le reazioni emotive della persona che però vanno gestite al meglio nel contesto ambientale in cui ci si trova, non bisogna:

- dare false rassicurazioni
- trasmettere negatività e sfiducia nella struttura e negli operatori
- considerare eventuali attacchi verbali come personali



**ACCETTAZIONE
IN PRONTO SOCCORSO**

L'EQUIPE DI CURA

- **Adozione di protocolli comportamentali, in linea con le evidenze scientifiche del momento, meglio se frutto di un percorso di formulazione condivisa realizzato dal gruppo di lavoro, diminuisce il grado di incertezza ed improvvisazione migliorando l'organizzazione e l'integrazione tra i diversi componenti del team.**
- **Adeguate formazione specifica, l'aumento della competenza conferisce agli operatori maggior sicurezza e tranquillità operativa.**



ACCETTAZIONE IN PRONTO SOCCORSO

L'EQUIPE DI CURA

- **Momenti di debreathing, terminata la fase operativa un momento di discussione ed elaborazione dell'esperienza è fondamentale per comprendere l'accaduto, analizzarlo in maniera obiettiva ed apportare miglioramenti alle modalità operative future.**
- **Gestione delle proprie emozioni, ogni operatore deve essere in grado di accettare il fatto che è naturale provare emozioni in determinate situazioni, con l'esperienza impara a riconoscere, accettare e gestire nel miglior modo possibile le proprie dinamiche interiori, in questo, di aiuto possono essere la partecipazione a corsi specifici, ma soprattutto il supporto fornito dagli altri membri del gruppo**