

# Approccio al paziente

In situazioni di emergenza l'approccio al paziente deve essere semplice, schematico ed essenziale, ed il primo obiettivo da perseguire sarà la verifica delle sue funzioni vitali:

## Respirazione e Circolazione

Classificheremo così il paziente in 3 categorie:

-Pz con funzioni vitali **assenti**.

-Pz con funzioni vitali **insufficienti**.

-Pz con funzioni vitali **sufficienti**.

Da cui deriveranno le diverse possibili azione:

-**Assenti:** Mi devo completamente sostituire a loro.

FV: -**Insufficienti:** Devo supportarle.

-**Sufficienti:** Devo controllarle, evitando che possano peggiorare.

“La **coscienza** non è una funzione vitale, quindi non dovrebbe essere un mio iniziale obiettivo o problema da risolvere, ma è la prima cosa che valuto perché la sua presenza mi esclude sicuramente una situazione di completa assenza delle funzioni vitali”

Per qualsiasi paziente la nostra priorità sarà una sola:

Il **Mantenimento delle Funzioni Vitali:** Respirazione e Circolazione.

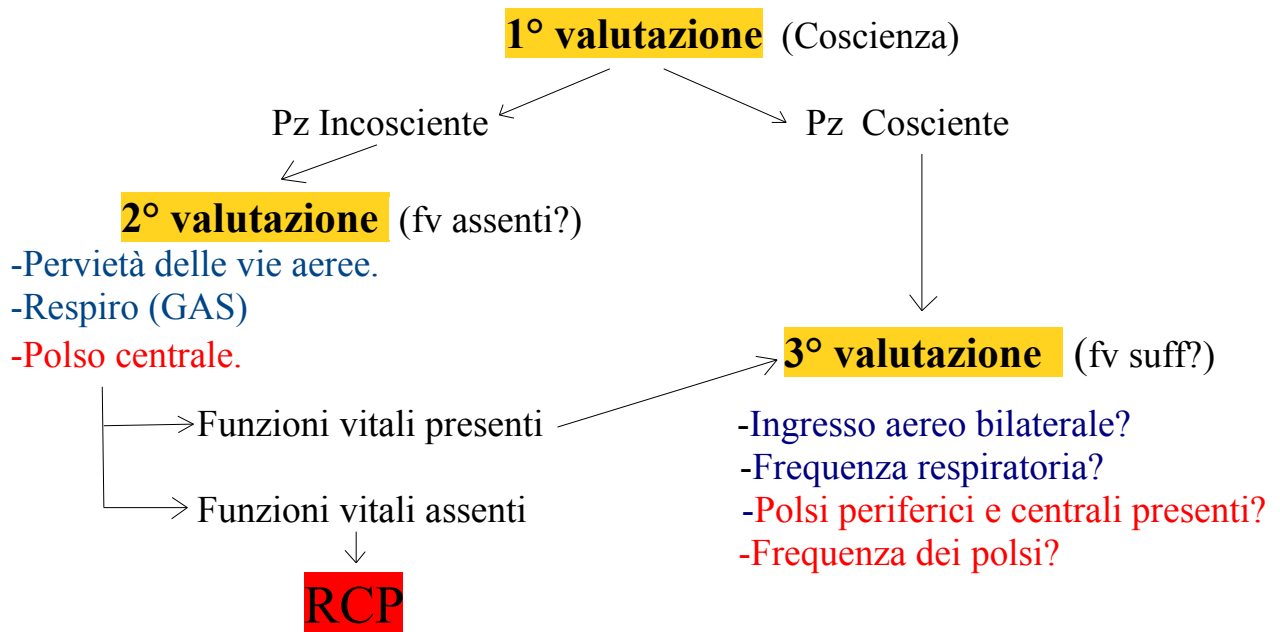
Tutto il resto è secondario, rimandabile, in quel momento iniziale non serve, e quindi deve essere considerato in tempi e step successivi.

Verifica e mantenimento delle **funzioni vitali:** (ABC)

-Respirazione: pervietà delle vie aeree (A) - meccanica ventilatoria (B).

-Circolazione: volume circolante (relativo) - pompa cardiaca. (C)

ecco che mi approccerò al paziente con tre tipi di valutazione:

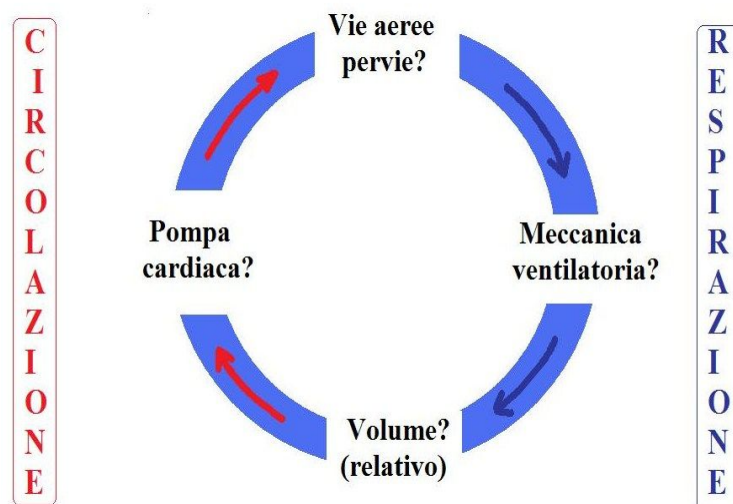


La prima valutazione sarà sempre la **coscienza** che mi determinerà due differenti strade da percorrere:

-Nel paziente **incosciente** dovrò valutare la presenza, o assenza, delle sue funzioni vitali. Se assenti mi sostituirò a loro con la RCP, se presenti dovrò valutare se sono sufficienti o insufficienti.

-Nel paziente **cosciente**, invece, valuto direttamente se le funzioni vitali sono sufficienti o insufficienti.

In questo modo, e in brevissimo tempo, ho una prima valutazione e classificazione clinica del paziente (che in caso di più pazienti sulla scena si potrebbe temporaneamente fermare a questo punto) da approfondire poi con successive valutazioni cliniche e strumentali (OPACS, Sat O2, PA ecc...).



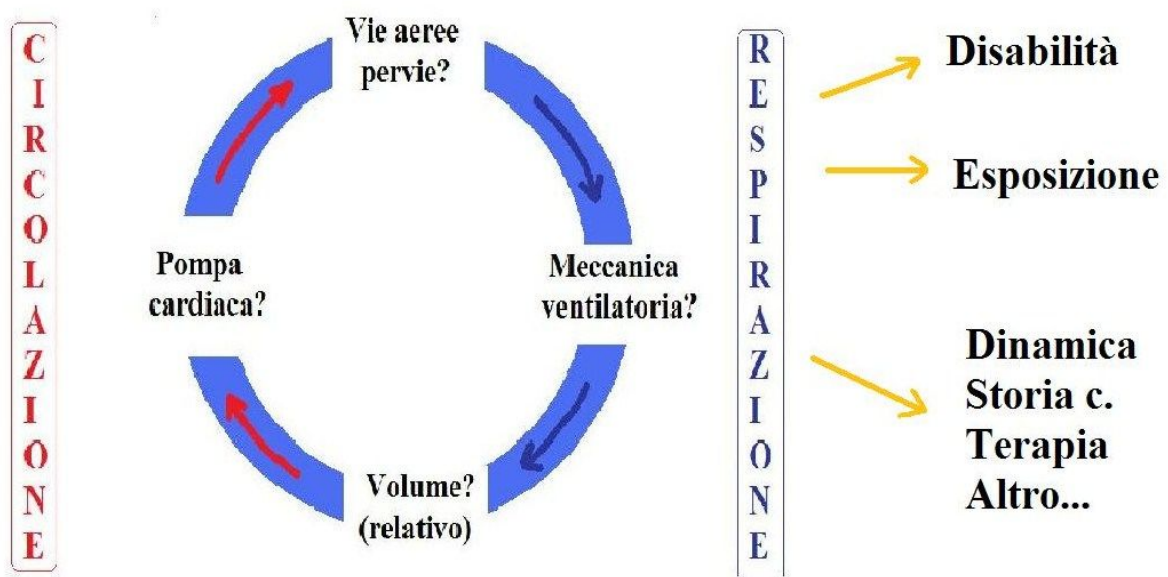
Lo schema (ABC) va ripetuto più volte durante le fasi del soccorso, prima clinicamente e poi con il supporto del monitoraggio strumentale.

Parallelamente a questo (ABC) ci saranno gli altri aspetti del soccorso, come la valutazione neurologica (D), l'esposizione del paziente (E), l'esame completo testa-piedi, dinamica, storia clinica, terapia, ecc...

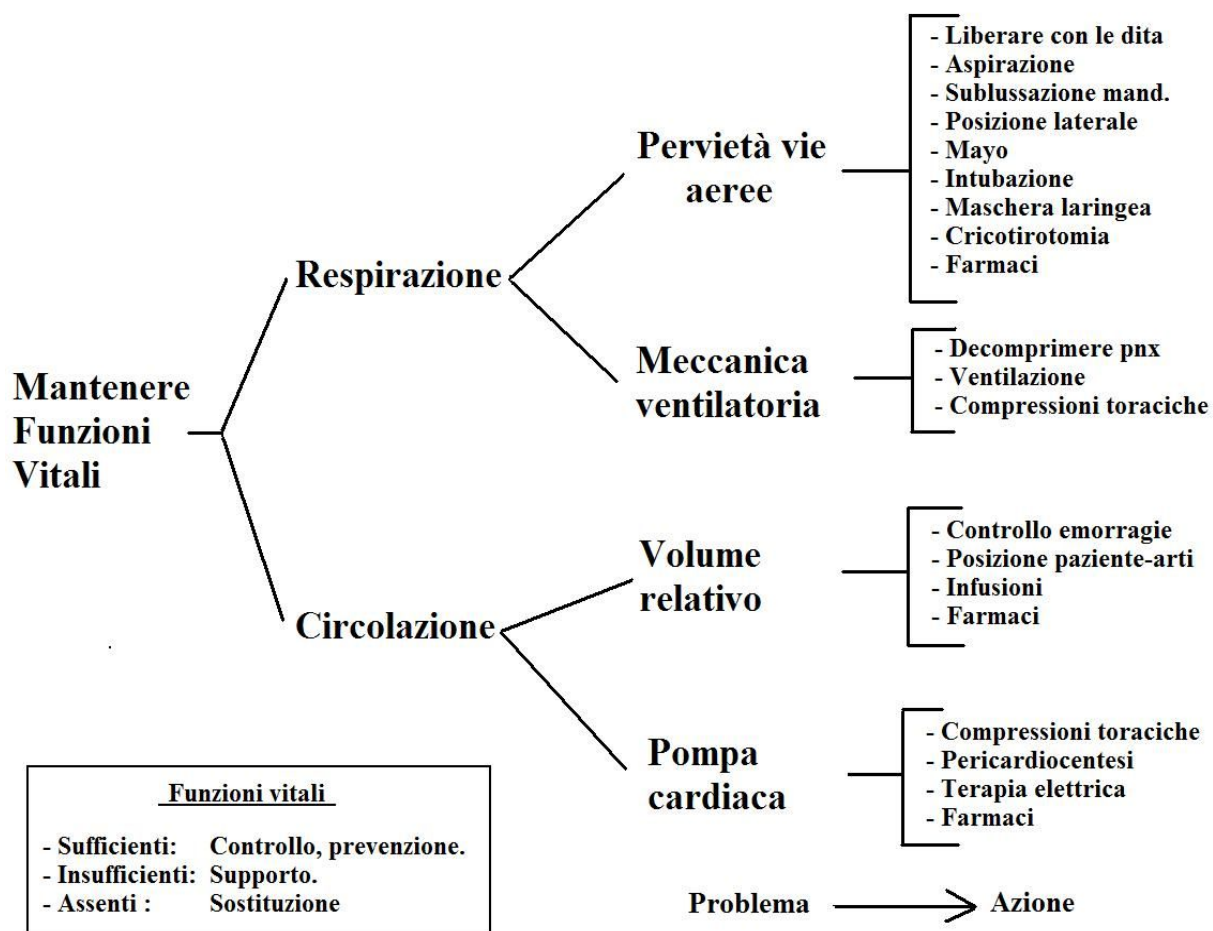
Questo significa che le valutazioni successive non sono mai direttamente sequenziali all'ABC (ABCDE) ma parallele:

ABC → ABC → ABC → ABCD → ABC → ABCE → ABC

Prima valuto e risolvo le problematiche ABC poi, se posso, passo a DE. In caso di grave compromissione delle funzioni vitali il mio approccio si potrebbe fermare all'ABC per tutto il soccorso.



Dalla continua verifica delle funzioni vitali (clinica e strumentale) devono, ovviamente e se necessarie, seguire le azioni mirate a renderle sufficienti e stabili. Quindi valuto e poi agisco: ad un **Problema** riscontrato deve seguire un'**Azione** per risolverlo:



Questo schema evidenzia il fatto che nel mio primissimo approccio clinico al paziente non necessita che io sia a conoscenza di cosa sia successo, della storia del paziente, dei dati strumentali, della valutazione di chi mi ha preceduto ecc. Infatti il primo approccio ABC dovrebbe essere clinico e “sterile”, dovrebbe essere una ripartenza da zero, una nuova valutazione senza “pregiudizi”.

Solo successivamente ricercheremo questo tipo di dati per migliorare ed approfondire la valutazione ed il trattamento, ricordandoci che spesso il dato anamnestico, o situazionale, può in realtà condizionare in modo negativo la nostra valutazione e la nostra presunta diagnosi.

“Prima si valuta il paziente, poi si chiede, poi si leggono le carte!”