

# App. 3

## SCOOP EXL 65



# BARELLA A CUCCHIAIO FERNO SCOOP 65 EXL

## PERCHÉ VA USATA:

Alla pari e in associazione ad altri presidi di immobilizzazione va usata in pazienti traumatizzati con evidente o anche solo sospetto interessamento del rachide e/o fratture e lesioni a carico degli arti, per prevenire i danni secondari conseguenti a sollecitazioni meccaniche durante le manovre di mobilizzazione e trasporto.

Principio dell'immobilizzazione è uniformare le masse del corpo in un'unica, che reagirà al moto senza dissipare energia nelle articolazioni, siano esse fisiologiche o patologiche. Una sede di trauma diventerebbe infatti il punto che assorbe le differenze di moto, trasformandole in un danno secondario a strutture vascolari o nervose.

La scoop è un sussidio cautelativo al traumatizzato perché mantiene l'uniformità del paziente in sostituzione delle funzioni lese.

Presidi diversi, e non sempre intercambiabili nelle funzioni, perciò detti colloquanti, contribuiscono alla corretta stabilizzazione del paziente anche in base alla posizione di reperimento (sarebbe più corretto parlare di mobilizzazione atraumatica o cautelare, anziché vera e propria immobilizzazione).

Va ribadita l'importanza dell'applicazione di sistemi di immobilizzazione non solo in presenza di segni evidenti di lesioni, ma a scopo cautelativo in tutti i casi di trauma. Sospettare sempre lesioni diffuse ad altre sedi in presenza di dinamica suggestiva, e/o traumi gravi in un distretto (ad esempio, sospettare coinvolgimento del rachide cervicale in un trauma toracico), con la sola eccezione di eventi traumatici localizzati, che consentono di escludere a priori l'interessamento di altre regioni del corpo.

## QUANDO SI USA:

Nella fase di immobilizzazione della Secondary del PTC.

## INDICAZIONI D'USO:

-tutti i casi di sospetto di lesione vertebro-midollare, nei traumatizzati gravi in genere (politrauma, frattura di bacino, frattura di femore, fratture scomposte-esposte);

-paziente allineabile e non-allineabile (immobilizzazione contenitiva o terapeutico-mirata nell'impossibilità, ad esempio, di effettuare manovre come il log-roll);

-si presta, meglio dell'asse spinale, al trasporto di fratture di bacino (il materasso a decompressione sarebbe l'ideale in tal caso, ma non sempre trova convenienza in alcune indicazioni situazionali);

-per caricare pazienti su materasso a decompressione, nei casi di maggior beneficio del comfort e adattabilità rispetto a minor rigidità del presidio (lesioni localizzate al femore nell'anziano);

- necessità di caricamento su presidio di immobilizzazione o trasporto da parte di due soli soccorritori;
- trasporto del paziente non traumatizzato;
- gestione ed accoglienza, nonché spostamenti e diagnostica intra-ospedaliera (cinghie con fibbie in plastica, l'utilizzo extra-ospedaliero prevede solo fibbie di metallo!!!), con riduzione della sollecitazione meccanica del paziente.

COM'È FATTA:



Ha una struttura tubolare, con 2 valvole regolabili in altezza (4 posizioni) grazie a leve di bloccaggio (chiuse verso il basso, aperte in alto). Le lame sono agganciate da un doppio sistema di sicurezza posto alle estremità di testa e piedi, il "twin safety lock" o TSL. Sono dotate di 4 fori perimetrali ciascuna con PIN per attacco a 4 cinghie con fibbia di metallo e moschettone piroettante (ciascuna con un'estremità lunga ed una corta).



Leva di bloccaggio rivolta in alto  
(barella sbloccata e APERTA).

Doppio pulsante TSL.

Possiede un sistema fermacapo 365E, costituito da una base per due cunei-blocchi fermacapo, due fascette (mentoniera e frontale), ed una fascia ferma-testa.



Base, 2 cunei, fascette, fascia ferma-testa.

4 Cinghie con moschettone.



La nuova scoop in polimero plastico (polietilene) non è più solo un presidio di caricamento, come invece il vecchio modello in alluminio, ma anche di immobilizzazione e trasporto. Consente isolamento termico, chimico e meccanico, resistenza all'usura e compatibilità con la diagnostica (RX, TAC, RM).

La 65 EXL conserva la forma in presenza di carichi notevoli e punti di sollevamento occasionali, grazie alla struttura tubolare ellittica.

È semplice e rapida nell'utilizzo, consentendo di limitare la perdita di tempo sul campo, qualità essenziale nella gestione di pazienti traumatizzati. È versatile in diversi ambiti di utilizzo, come il recupero in luoghi difficili, perché scomponibile e ripiegabile, rispetto a presidi con ingombro fisso difficilmente trasportabili; permette maggior stabilità anche su piano inclinato (grazie ai pin di fissaggio ed alla struttura ergonomica).

È adattabile ad ausili di immobilizzazione pediatrica (Pedi-Sleeve) e facile da stoccare per le maxi-emergenze. Come ulteriore sistema di contenimento, viene contemplata la sinergia con il sistema ragno dell'asse spinale. Con un peso di 8 kg supporta un'alta capacità di carico (circa 160 kg) e resiste bene all'usura (attenzione va posta allo snodo in teflon interno alle sezioni tubolari).

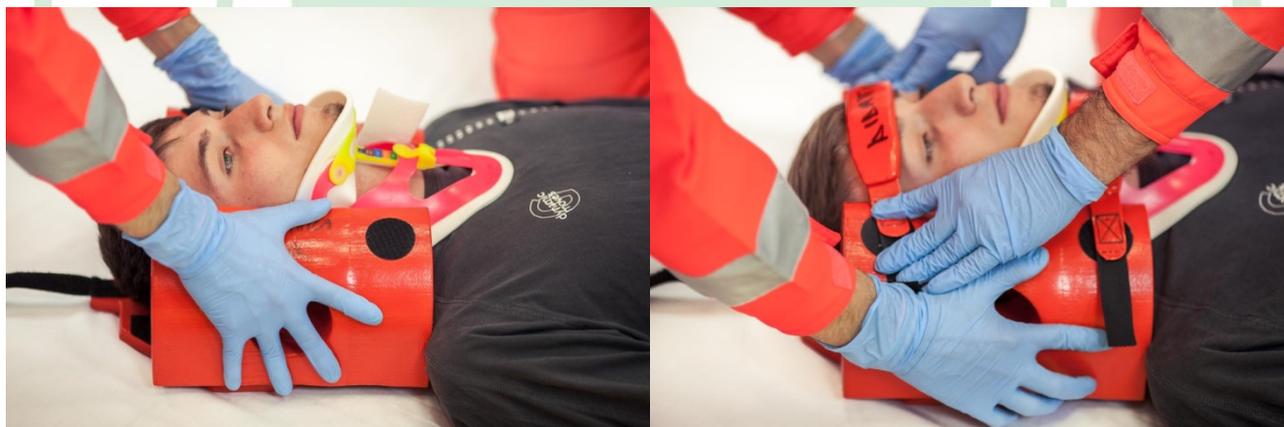
Rappresenta, ad oggi, secondo la letteratura scientifica, il presidio più efficace e testato nei sistemi di emergenza medica, con maggior comfort e minor movimentazione del paziente, portando a minor incidenza di dislocazioni vertebrali rispetto alle manovre in cui è richiesto log-roll.

## TECNICA DI APPLICAZIONE SCOOP 65 EXL (A TRE OPERATORI)

Sono necessari almeno 2 operatori, la presenza di un terzo agevola e velocizza le manovre, nonché facilita gestione e sollevamento di pazienti pesanti.

Le sequenze descritte rappresentano ovviamente scenari ideali a carattere indicativo.

### Applicazione del fermacapo:



#### Soccorritore 1:

-è il soccorritore che ha approcciato dalla testa il paziente all'inizio della primary in PTC, mantiene l'immobilizzazione manuale del rachide cervicale durante l'applicazione del collare e oltre sino alla fine del posizionamento della scoop (che termina con la fascia ferma-testa).

#### Soccorritore 2:

-inserisce la base dei cunei fermacapo sotto la nuca, in modo che sia centrata, aiutato dal soccorritore 1, che solleva leggermente la testa;

-posiziona i blocchi ai lati della testa facendo leva sulle spalle del paziente, andando a farli aderire al velcro sulla base (si allineano i padiglioni auricolari con i fori dei cunei, per lasciare le orecchie ispezionabili e non isolare acusticamente la persona), contemporaneamente all'operatore 1 che sfila le mani per agevolare la manovra;

-applica le fasce mentoniera e frontale.

### **Regolazione della lunghezza del presidio:**



-Soccorritore 2 posiziona la 65 EXL a fianco del paziente, per adattarne la lunghezza;

come riferimento usa il bordo interno del TSL con il dente sommitale della base del fermacapo, oppure il foro centrale della scoop all'altezza del rachide cervicale;

-sblocca le leve di bloccaggio da entrambi i lati e, tenendo ferma la parte principale, allunga la barella poco oltre il tallone, chiude le levette allungando ulteriormente il presidio sino ad udire lo scatto di sicurezza;

## Posizionamento delle valve:



In presenza di tre soccorritori le seguenti manovre sono eseguite ai lati del paziente in modo simmetrico dall'operatore 2 e 3.

-Soccorritori 2 e 3 premono contemporaneamente i due pulsanti dei sistemi TSL alle estremità, così separano le valve e le posizionano ai lati del paziente;

Il collega 1 alla testa indicherà con le proprie ginocchia il punto esatto di posizionamento delle valve, impugnando il fermacapo saldamente per permettere alla barella d'esser chiusa al di sotto del sistema fermacapo.

-OP. 2 e 3 agganciano le valve prima dal lato testa, le infilano mediante leggera presa spalle-bacino dal lato opposto, finché il collega infila la lama controlaterale, in seguito tirano la valva dal lato opposto mantenendo la posizione con le proprie gambe scendendo con la chiusura;

-chiudono le valve al lato piedi;

-verificano il corretto serraggio delle lame alle estremità di testa e piedi.

## Posizionamento delle cinture:



Per effettuare qualsiasi spostamento del paziente è obbligatorio applicare 4 cinture (due toraciche, una al bacino ed una distale agli arti inferiori), che permetteranno, in abbinata alle cinture di sicurezza della barella di trasporto, la resistenza ad eventuali sollecitazioni in frenata o in seguito a sobbalzi del mezzo di trasporto.



-Soccorritore 2 e 3 posizionano 2 cinture toraciche, che vanno dal cingolo scapolo-omero alla testa dei femori (è suggerito partire sempre con l'estremità lunga delle cinture e ritrovarsi infine la fibbia per regolare il serraggio; arricciare gli abiti al torace per evitare che restino impigliati sotto le lame);

-posizionano la cintura del bacino in concomitanza col foro delle toraciche; in base all'altezza relativa di ogni paziente la cintura si troverà a livello dei trocanteri o più in basso sul quadricipite femorale (paziente più piccolo). È importante che non vadano mai a livello delle parti molli dell'addome. Con le rimanenze della cintura si possono bloccare gli arti superiori;

-sistemano un telo sotto il cavo popliteo per favorire le curve fisiologiche del paziente;



-agganciano una cintura distale per fissare gli arti inferiori (due modi possibili);

### Serraggio definitivo ferma-capo:



-in ultimo posizionano la fascia trapezio ferma-testa, ottenendo l'immobilizzazione definitiva del ferma-capo; solo qui il soccorritore 1 può lasciare la presa del capo.

-TUTTI: corretta postura in sollevamento, con i palmi verso l'alto.

-Corretta assicurazione su barella di trasporto mediante cinture di sicurezza.

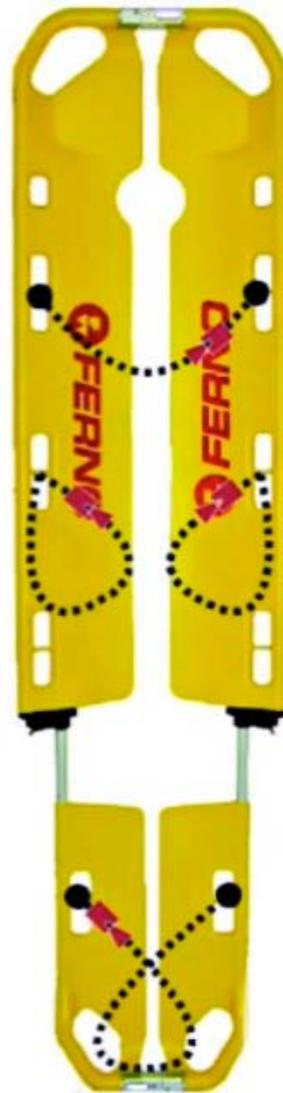
Nota:

in caso di paziente OBESO è consigliata la separazione delle estremità delle cinture, ed il loro aggancio preventivo ai fori perimetrali, considerata una loro possibile successiva difficoltà di inserimento.

È prevista la possibilità di eseguire una SEMI-VERTICALIZZAZIONE, in tempi brevi e senza superare un'inclinazione di 70°, in casi limite (ad esempio, la necessità di trasporto in ascensore). Si usano in tal caso una cintura sotto le ascelle, la seconda e la terza disposte ad occhiello in prossimità dei femori, un'ultima cintura ai piedi.



Trasporto.



Semi-verticalizzazione.

