



CROCE ROSSA ITALIANA

Elementi

di

PRIMO SOCCORSO

Da: "NOZIONI DI PRIMO SOCCORSO E PROTEZIONE CIVILE" edito dalla C.R.I.

COMITATO TECNICO C.R.I. PER L'EDUCAZIONE SANITARIA

IL PRIMO SOCCORSO

Il “PRIMO SOCCORSO” è l’aiuto che chiunque può prestare ad una o più persone, vittime di un incidente o di un malore, nell’attesa dell’arrivo di un soccorso qualificato. Differisce quindi dal “Pronto Soccorso” che è effettuato da personale specializzato (medici, infermieri, volontari soccorritori) con strumenti e terapie adeguate, direttamente sul luogo dell’evento, durante il trasporto della vittima sul mezzo di soccorso ed infine in Ospedale. Questo servizio, detto Sistema EmergenzaUrgenza, corrisponde ad un **numero unico (118)** su tutto il territorio nazionale per le chiamate relative alle emergenze ed al soccorso.

Il primo soccorritore rappresenta un “ponte” fra l’avvenuto infortunio o malore e il Soccorso qualificato.

Egli deve: .

- Evitare azioni inconsulte e dannose
 - Proteggere l’infortunato da ulteriori rischi
 - Favorire la sua sopravvivenza
 - Saper distinguere i casi **urgenti** dai casi **gravi** ma non urgenti
 - **Saper effettuare una corretta chiamata di soccorso**
- **URGENZA:** la vita dell’infortunato è in pericolo, le sue funzioni vitali (respiro, battito cardiaco) sono compromesse, bisogna intervenire **immediatamente**.
- **GRAVITA’:** la gravità non comporta necessariamente urgenza; anzi in alcuni casi (es. cadute rovinose, incidenti violenti) è meglio non spostare la vittima per non aggravare il suo stato con un soccorso precipitoso e maldestro. Il soccorso qualificato ha gli strumenti idonei per sollevare un grave traumatizzato senza fargli correre ulteriori rischi.

CHE COSA BISOGNA SEMPRE FARE

- Valutare la **dinamica** dell’evento: può trattarsi di un **trauma** o di un **malore** o di un evento legato all’**ambiente** (es. annegamento, folgorazione).
- Valutare la situazione, lo scenario, l’ambiente. Agire sempre in sicurezza (**autoprotezione**) proteggendo *la vittima, se stessi ed altri da pericoli incombenti*.
Se ci si trova in un luogo pubblico, allontanare la folla (spazio libero intorno alla vittima).
- Procedere all’**esame dell’infortunato**:
- Controllo delle funzioni vitali
 - Ispezione del soggetto: se è ferito, se sanguina ecc.
 - *Soccorso psicologico (evitare commenti sullo stato del soggetto anche se pare non cosciente).*
- **Allarme o chiamata di soccorso:** telefonare o far telefonare al **118**. Segnalare la dinamica dell’evento, **la località, numero telefonico da cui si chiama, ecc. (v. tabella qui di seguito)**
- Praticare i “gesti” previsti per quel tipo di incidente. Se la situazione non è urgente fare il minimo indispensabile. **Non voler strafare! Meglio fare poco che fare male!**
- **Completamento dell’assistenza:** non si deve abbandonare l’infortunato finché non è giunto sul posto il personale del soccorso qualificato (medico, infermiere, l’equipaggio dell’ambulanza)

ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA

CHIAMARE O FAR CHIAMARE IL 118 (Segnalare subito il numero telefonico da cui si chiama)

Se l'evento è all'esterno

in città:

- Segnalare il luogo dell'evento: via (incrocio, piazza), numero civico, punti di riferimento (bar, chiesa, ufficio postale ecc.)

in strade esterne alla città:

- Segnalare la strada (provinciale o autostrada)
- Punti di riferimento: numerazione Km., i paesi più vicini, la direzione di marcia ecc.
- Che cosa è successo (incidente stradale, crollo, malore...)
- Quante persone hanno bisogno di soccorso
- Condizione della/e vittime
- Quale aiuto si sta dando agli infortunati
- Ogni altra informazione richiesta dalla Centrale Operativa

Se l'evento è in casa

- Segnalare indirizzo preciso: quartiere, numero civico (es. 15 o 15 bis), scala (A,B)
- Cognome e nome sul citofono
- A che piano e se c'è l'ascensore o no
- Chiarire se si tratta di incidente o malore
- Se malore, eventuale patologia nota del soggetto
- Ogni altra informazione richiesta dalla Centrale Operativa

N.B.: In ogni situazione chi chiama deve riagganciare per ultimo l'apparecchio, per essere certo che l'interlocutore non necessiti di altri dati.

CASO DI PIU' INFORTUNATI

Valgono le stesse regole che per un solo infortunato, ma si seguirà una "scala di urgenze" sia per l'ordine delle cure da prestare, sia per l'ordine di sgombero delle vittime

ESTREMA URGENZA

Vanno soccorsi senza indugio sul posto e segnalati fra i primi al 118 i casi di:

- **Arresto respiratorio**
- **Arresto cardio-respiratorio**
- **Emorragie arteriose imponenti**

Sono in generale *urgenze estreme* tutte le lesioni che impediscono o alterano gravemente la respirazione o la circolazione del sangue. Sono casi gravissimi e da rimuovere urgentemente anche i **politraumatizzati** e gli infortunati in **coma**

URGENZA PRIMARIA

- Emorragie gravi
- Portatori di laccio emostatico
- Membra sfracellate
- Gravi traumi toracici ed addominali
- Grave stato di shock
- Gravi e diffuse ustioni
- Donne in fase avanzata di parto
- Avvelenamenti da sostanze di elevata tossicità

URGENZE SECONDARIE

- Traumi cranici e vertebrali
- Sospette fratture di bacino
- Fratture esposte degli arti

URGENZE TERZIARIE (da rimuovere per ultime)

- Ferite non gravi
- Piccole ustioni localizzate
- Fratture non esposte degli arti

N.B.: Ricordare che **chi urla di più non è sempre il più grave**: c'è gente che si dissangua in silenzio.

LA CATENA DELLA SOPRAVVIVENZA L' A B C del SOCCORSO

La vita dell'organismo è assicurata da 3 funzioni collegate una all'altra
La funzione *nervosa*, la funzione *respiratoria*, la funzione *cardio-circolatoria*

Il **controllo primario** sulla vittima prevede la verifica *immediata* di queste funzioni:

➤ **COSCIENZA** ➤ **RESPIRO**

Nel caso in cui una o più di queste funzioni siano compromesse, l'infortunato è in pericolo di vita.

Il primo soccorritore deve saper eseguire una *procedura precisa nei confronti* di una persona che:

- ha perso conoscenza
- non respira

Il metodo è detto "**B.L.S**" e comprende le manovre di **Rianimazione Cardiopolmonare (RCP)**

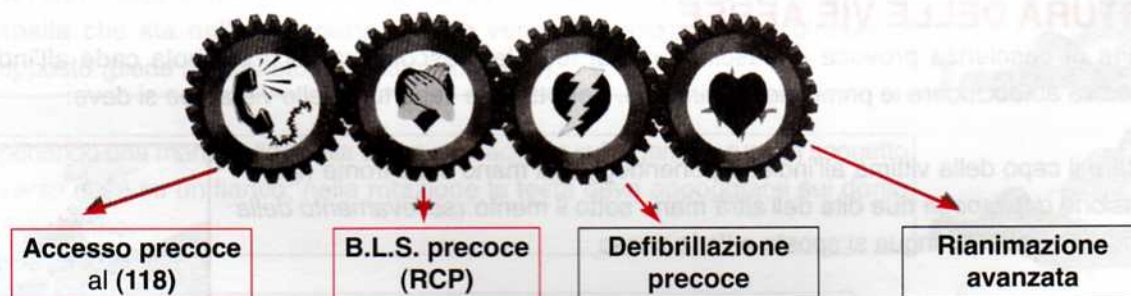
B.L.S. (dall'inglese **Basic Life Support**) = **SUPPORTO VITALE DI BASE**

Lo scopo è **sostenere le funzioni vitali** della vittima fino all'arrivo del Soccorso qualificato.

Il "*supporto di base delle funzioni vitali*" consiste in una sequenza precisa di **valutazioni** e **azioni** che, eseguite in breve tempo, pur senza l'uso di attrezzature sanitarie, permettono di mantenere in vita il soggetto, assicurando artificialmente l'apporto di ossigeno a tutti i suoi organi e primariamente al cervello, nell'attesa che un trattamento sanitario adeguato lo riporti definitivamente in vita (defibrillazione precoce e terapie con farmaci).

La sopravvivenza (senza danni conseguenti) di un soggetto dopo un arresto cardiaco in ambiente extraospedaliero, dipende dai 4 anelli che costituiscono la **CATENA DELLA SOPRAVVIVENZA**

Ogni anello contribuisce alla "*robustezza*" della catena.



I primi 2 anelli rappresentano l'intervento del **primo soccorritore**. Il 3° e il 4° anello sono di competenza del **Soccorso Avanzato** (ambulanza di rianimazione con medico a bordo, apparecchio di defibrillazione per riattivare il cuore, strumenti e farmaci ecc.)

Chi sa praticare il B.L.S., imposta i primi due anelli della catena che permettono la concatenazione rapida degli altri. Più ciò avviene precocemente e correttamente, maggiore è la possibilità di salvare una vita.

Le valutazioni e le azioni si riassumono in uno schema detto **ABC del primo soccorso**

Deriva da termini inglesi, ma lo si può adattare all'italiano:

- | | |
|---------------------------------------|--|
| A = Airway (vie Aeree) | Apertura delle vie Aeree |
| B = Breathing (respirazione) | Controllo del respiro |
| C = Circulation (circolazione) | Compressioni toraciche (massaggio cardiaco esterno) |

CHE COSA BISOGNA FARE

VALUTAZIONE DELLO STATO DI COSCIENZA

Riconosciuta la dinamica dell'evento ed effettuata l'auto protezione, la prima cosa da fare nel soccorso è l'**esame dell'infortunato**. Se questo appare inerte, inanimato, il primo passo è valutarne lo **stato di coscienza**. Come?

- Inginocchiarsi a fianco della vittima, *scuoterlo delicatamente per le spalle* e chiamarlo a voce alta ("**Signore/a mi sente?**")

Se il soggetto ha risposto può essere considerato COSCIENTE. Se è COSCIENTE egli respira e il suo cuore batte. Il soccorritore proseguirà con calma ad una ispezione più accurata della vittima (controllo secondario) che, se si esprime, può anche collaborare.



Se il soggetto **NON RISPONDE** ne alle domande né agli stimoli può essere considerato **NON COSCIENTE**.

La constatazione di **non coscienza** autorizza l'attivazione della sequenza del BLS

- Dare subito l'allarme chiamando o facendo chiamare il **118**: "Aiuto! C'è una persona **incosciente**! Chiamate il 118!". Se in un luogo pubblico si alzi anche un braccio per richiamare l'attenzione.
- Posizionare la vittima su un piano rigido o a terra, allineando capo, tronco, arti. Allentare indumenti costrittivi (cravatta ecc.)
(Nel caso di trauma NON spostare la vittima. Vedi oltre)

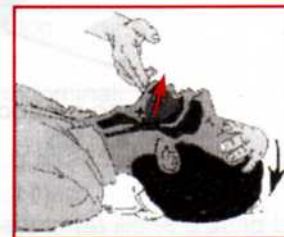


Di fronte ad un **INCOSCIENTE** si deve subito valutare se **RESPIRA** o **NON RESPIRA**
Per valutare la presenza del respiro bisogna **liberare le vie aeree**.

APERTURA DELLE VIE AEREE

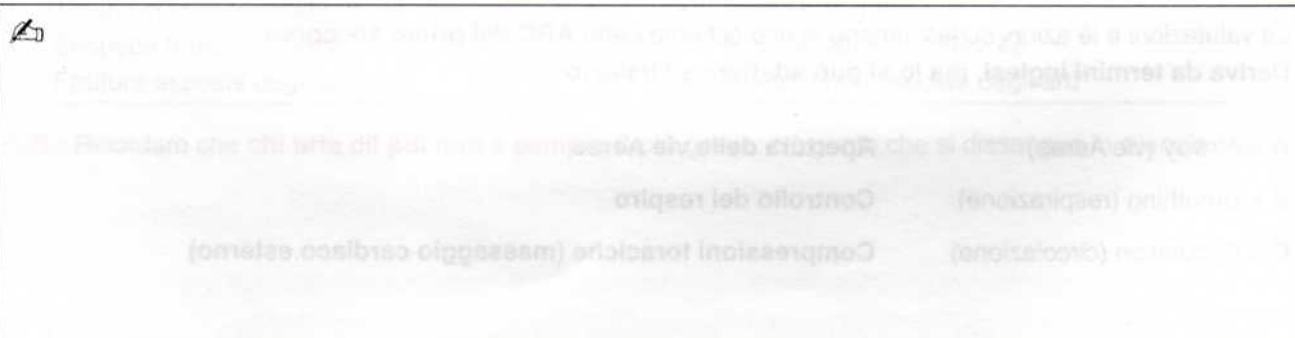
La perdita di coscienza provoca il rilasciamento di tutta la muscolatura; la mandibola cade all'indietro e la lingua va ad occludere le prime vie respiratorie. Per ottenere l'apertura delle vie aeree si deve:

- Portare il capo della vittima all'indietro ponendogli una mano sulla fronte (*iperestensione del capo*) e due dita dell'altra mano sotto il mento (*sollevamento della mandibola*): così la lingua si sposta e l'aria passa



N.B.: Se si tratta di un grave traumatizzato si sollevi solo il mento con due dita senza iperestendere la testa

- Aprire la bocca e controllare rapidamente con lo sguardo che non sia ostruita; (se necessario procedere alla rimozione di materiale ostruttivo visibile)



VALUTAZIONE dell'ATTIVITA' RESPIRATORIA

Utilizzare i 3 sensi: vista, udito, tatto. (Metodo del Guardo - Ascolto - Sento)

Il soccorritore deve: **Guardare - Ascoltare - Sentire** (sigla **G.A.S.**) Continuando a tenere una mano sulla fronte e due dita sotto il mento della vittima, il soccorritore si china sul soggetto e pone il proprio orecchio sulla sua bocca, guardando contemporaneamente il torace.

Guarda il torace per vedere se si muove

Ascolta il rumore prodotto dall'aria respirata

Sente l'alito della vittima sulla propria guancia

Guardare-Ascoltare-Sentire per **non più di 10 secondi** prima di stabilire che il respiro è assente.

Il soccorritore ha valutato se l'incosciente **RESPIRA** o **NON RESPIRA**



L'INCOSCIENTE RESPIRA

Se l'incosciente **respira, il cuore batte**. E' il caso della perdita di coscienza in cui le funzioni vitali sono mantenute.

- Se la vittima non riprende conoscenza, il soccorritore **chiama il 118**. Nel frattempo deve proteggere comunque l'incosciente da rischi di soffocamento. Deve *mantenere la pervietà delle vie aeree* in attesa di soccorso qualificato.
- Deve slacciare gli indumenti costrittivi, effettuare controllo ed eventuale pulizia del cavo orale infine porlo in **POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA**: girato su un fianco e con la testa in iperestensione.

a) Il soccorritore è in ginocchio a fianco dell'infortunato: allunga il braccio dell'infortunato che sta dalla sua parte ad angolo retto rispetto al corpo, flessio al gomito, palmo della mano in giù;



b) sul lato opposto ripiega l'altro braccio sul torace, portandone la mano sulla spalla che sta dalla sua parte (palmo verso il basso); flette il ginocchio opposto (piede mantenuto a contatto col suolo).



c) ponendo una mano sulla spalla e una sul bacino o sulla gamba, ruota il soggetto verso di sé su un fianco; nella rotazione la testa deve appoggiarsi sul dorso della mano;



d) il soccorritore iperestende subito il capo e spinge in alto il mento con due dita, risistemando definitivamente la mano che sostiene il capo. Si può agganciare il piede dell'arto flessio al polpaccio dell'arto sottostante (il ginocchio deve appoggiare al suolo) oppure si lascia libero il piede ma si mantiene la flessione dell'arto.

Questa posizione evita rischi di soffocamento da caduta della lingua, vomito, sangue, saliva e permette di *mantenere* la pervietà delle vie aeree.



Si può utilizzare questa posizione in attesa di soccorsi o nel caso il soccorritore debba allontanarsi anche per breve tempo (per allertare il Soccorso sanitario). Si può praticare anche a persone coscienti in casi speciali, ad esempio: molti infortunati da soccorrere, se l'attesa del soccorso qualificato si prolunga.

NB.: È una posizione indicata per **malori o per traumatismi modesti**. **NON è indicata per gravi traumatizzati !**

Nel caso in cui la dinamica dell'incidente faccia supporre una lesione alla colonna vertebrale (incidente violento o rovinoso) **NON PROVOCARE SPOSTAMENTI DEL SOGGETTO**. Dato l'allarme, stare vicino all'infortunato e controllare che respiri.



- **NON** mettere mai un incosciente seduto (la testa gli cadrebbe in avanti e non respirerebbe bene) .
- **NON** lasciare un incosciente supino, abbandonato a se stesso (la lingua in questa posizione potrebbe occludere le vie, respiratorie)
- **NON** dare mai da bere ad un incosciente (non controllando la deglutizione, soffocherebbe)
- **NON** provocare mai il vomito in un incosciente (rischio di soffocamento)

INCOSCIENTE CHE NON RESPIRA O NON RESPIRA NORMALMENTE

N.B. Se il respiro pare presente, ma è superficiale, affannoso, rantolante (gasping) **NON** è un respiro efficace: **bisogna agire come se fosse assente!**

Un soggetto **INCOSCIENTE che NON RESPIRA** o **NON RESPIRA NORMALMENTE** (gasping) rappresenta una condizione della massima urgenza che, come già detto, può coinvolgere anche della funzione cardiaca. In questo caso è dunque necessario un intervento immediato da parte del soccorritore, attraverso manovre utili al sostegno delle funzioni vitali: **Respirazione Artificiale e Massaggio Cardiaco (Rianimazione Cardio-Polmonare o R.C.P.)**.

Le manovre di Rianimazione cardiopolmonare richiedono preparazione adeguata ed esercitazioni pratiche accurate e ripetute da parte di ogni allievo sotto la guida ed il controllo di un Monitore durante un Corso completo di Primo Soccorso. E' importante cominciare a conoscerle. A scopo informativo si riassumono le tecniche rianimatorie.



- Tecnica della RESPIRAZIONE BOCCA - BOCCA

- Mantenere il capo del soggetto in iperestensione e sollevare il mento con due dita; chiudere il naso della vittima con il pollice e l'indice della mano posta sulla fronte.
- Insufflare **lentamente** l'aria nella bocca del paziente in modo da spingerla nei polmoni (una insufflazione completa deve durare circa **un secondo**).
- Mentre si insuffla guardare che il torace si innalzi.
- Mantenendo sempre iperesteso il capo della vittima staccarsi, sollevandosi leggermente per inspirare e per permettere al soggetto di espirare; intanto controllare con lo sguardo (testa girata di lato) che il torace si abbassi.



N.B.: Insufflazioni troppo brusche o con insufficiente iperestensione del capo possono provocare ingresso di aria nello stomaco, distensione gastrica e vomito.

Tecnica del MASSAGGIO CARDIACO ESTERNO (compressioni toraciche)

L'infortunato deve essere in posizione supina, su un piano duro e liscio. Il soccorritore è in ginocchio a fianco della vittima, ginocchia ben divaricate.

- Prima di iniziare le compressioni ricerca il punto di compressione sullo sterno, **al centro del torace**.
- In corrispondenza di questo punto; appoggia il "calcagno" della prima mano, tenendo le sue dita sollevate, appoggia poi il "calcagno" dell'altra mano **sopra la prima**, intrecciando le dita per tenerle sollevate e non comprimere le coste.



Tecnica:

- Le braccia sono tenute tese; le spalle del soccorritore sono posizionate direttamente sulle mani cosicché la spinta verso il basso è diretta perpendicolarmente allo sterno (evitare la posizione obliqua che farebbe ruotare il torace). La spinta sfrutta il peso del tronco, il fulcro è l'anca del soccorritore;
- Il soccorritore comprime ritmicamente il torace, abbassandolo di circa 4 - 5 cm.

Ritmo:

- Le compressioni dovranno essere 100 al minuto (una ogni 0,60 secondi)
- La compressione e il rilasciamento devono avere la stessa durata

SEQUENZA DELLE MANOVRE NELLA RIANIMAZIONE CARDIO-POLMONARE

1. Se la persona è colta da malore improvviso, è **incosciente** e **non respira o non respira normalmente**, se ciò non deriva da un infortunio palese che abbia causato arresto respiratorio primario (asfissia) si deve pensare si tratti di **arresto cardiaco primario** (es. infarto): si dia inizio al massaggio cardiaco eseguendo **30 compressioni** seguite da **2 insufflazioni** e prosegua con questo **ritmo 30 : 2** senza mai interrompersi, fino all'arrivo del soccorso qualificato.

N.B.: Se il soccorritore è solo, deve allontanarsi subito per chiamare il 118, prima di iniziare la R.C.P.

2. Se la persona è **incosciente** e **non respira o non respira normalmente**, se è vittima di un infortunio palese che abbia causato **arresto respiratorio primario** (es. annegamento, overdose da droga, intossicazioni, trauma), in questi casi le insufflazioni si eseguono **prima** delle compressioni toraciche.

Dopo avere constatato la perdita di coscienza e l'assenza di respiro, il soccorritore esegue **5 insufflazioni** iniziali e poi osserva per **10 secondi** la eventuale presenza di **segni di circolo (movimenti, tosse, ripresa del respiro)**:

- Se dopo le prime cinque insufflazioni la vittima non riprende a respirare, non tossisce, non ha movimenti, dia immediatamente inizio al massaggio cardiaco esterno alternandolo con la respirazione artificiale (Rianimazione Cardiopolmonare) con ritmo **30 compressioni : 2 insufflazioni**
- Se la vittima si muove, tossisce, ma non respira, continui con le sole insufflazioni: 12 – 15 in un minuto (1 insufflazione ogni 4 – 5 secondi)
- Se la vittima riprende a respirare lo ponga in Posizione Laterale di Sicurezza e la controlli.

N.B.: Se il soccorritore è solo, faccia in questo caso 1 minuto di Rianimazione, prima di allontanarsi per chiamare il 118.

▶ In caso di **dubbi sulla dinamica dell'evento** (arresto cardiaco primario o arresto respiratorio primario?), è necessario **non perdere tempo**, iniziare subito con **30 compressioni** seguite da **2 ventilazioni** e proseguire con questo ritmo fino all'arrivo del soccorso qualificato.

▶ Se il soccorritore non se la sente, non esegua la respirazione bocca-bocca e proceda solo con il massaggio cardiaco.

1 soccorritore o 2 soccorritori

Alternano 30 compressioni a 2 insufflazioni.

.....

N.B.: Contare sempre ad alta voce per mantenere un ritmo corretto



Attenzione ai gravi traumatizzati.



Se la dinamica dell'incidente ci fa sospettare una possibile o probabile lesione della colonna vertebrale, **NON** muovere l'infortunato ed **aspettare il soccorso qualificato**.

Se è in arresto cardiorespiratorio si può fare la RCP, ma estendendo delicatamente il capo e sollevando il mento con due dita.

CAUSE DI ARRESTO RESPIRATORIO

CASI PIU' COMUNI: comportamenti **prima** di eseguire la Respirazione Artificiale

OSTRUZIONE DELLE VIE AEREE DA CORPO ESTRANEO

- Se l'ostruzione è **incompleta**, se l'attività respiratoria è sufficiente e non provoca perdita di coscienza, il soggetto tossirà e cercherà di respirare autonomamente.
- Se l'**ostruzione è completa** il soggetto è incapace di parlare, respirare e tossire; può portarsi le mani alla gola (segno universale di soffocamento). Non si percepisce movimento d'aria: si manifesterà cianosi e perdita di coscienza. Il soccorritore dovrà intervenire immediatamente attuando la **manovra di HEIMLICH**.

Tecniche delle manovre di HEIMLICH

E' una tecnica di intervento salvavita che deve essere applicata solamente quando l'evento lo richiede e con la tecnica illustrata dal Monitore che tiene il corso di Primo Soccorso.



Infortunato **cosciente** in piedi o seduto (adulto)

- Tentare **prima** con 5 colpi a mano piatta fra le scapole. Se non si ottengono risultati **eseguire la manovra di Heimlich** e far **allertare il 118**
- Il soccorritore si pone alle spalle dell'infortunato e lo circonda con le proprie braccia
- Stringe una mano a pugno con il pollice all'interno posizionandola tra l'estremità dello sterno e l'ombelico (zona volgarmente detta "bocca dello stomaco")
- Afferra il proprio pugno con l'altra mano ed esercita una compressione verso l'interno, dal basso verso l'alto
- Si esercitano compressioni successive, ma **ciascuna separata e distinta**, fino all'espulsione, del corpo estraneo. **Ogni spinta deve essere veloce ed elastica.**



N.B.: se la vittima diventasse **incosciente** durante la manovra, il **soccorritore occasionale deve iniziare subito la rianimazione cardiopolmonare ed avvisare il 118**



NON praticare la pulizia del cavo orale con le dita nei pazienti coscienti

NON utilizzare la manovra di Heimlich su soggetti con convulsioni

Manovra di Heimlich autopratricata

Trovandosi solo, con un corpo estraneo nelle vie aeree, il soggetto provi a fare pugno con le proprie mani e a darsi un colpo rapido e secco nella "bocca dello stomaco". Se per ovvii motivi non riuscisse in questa manovra, si getti con violenza contro una sporgenza solida e stabile, un mobile, una ringhiera o simili. Possono essere necessari numerosi colpi.

Manovre di disostruzione delle vie aeree nell'INFANZIA

Neonato (meno di 1 anno) cosciente



- Il piccolo viene tenuto prono sulle ginocchia del soccorritore (testa più bassa del torace) e si danno alcuni colpi sulla schiena tra le scapole;
- Oppure lo si pone supino con la testa in basso e si eseguono compressioni sullo sterno con il medio e l'anulare.



N.B.: queste due manovre possono anche **essere alternate fra di loro** (3 colpi sul dorso, 5 compressioni sullo sterno). Le manovre si continuano fino all'espulsione del corpo estraneo o fino ad eventuale **incoscienza** del piccolo. In questo caso eseguire subito la rianimazione cardiopolmonare

Bambino (da 1 a 8 anni) cosciente

- Manovra di Heimlich come per l'adulto in piedi da ripetere 3-4 volte



- In caso di **incoscienza** sia per il neonato, sia per il bambino, il soccorritore occasionale dovrà **iniziare subito la rianimazione cardiopolmonare**.



OCCLUSIONE DELLE NARICI da stoffa, cuscino, sacchetto di plastica ecc.

- Togliere immediatamente ciò che occlude e controllare la ripresa della respirazione spontanea

TERRA, NEVE

- Liberare le vie respiratorie con le dita; sgomberare il torace da ciò che opprime;

ACQUA (ANNEGAMENTO)

- Qualora il soccorritore raggiunga la vittima in acqua, si preoccupi di agire in sicurezza
- Non servono le manovre di Heimlich per favorire la fuoriuscita di liquidi dalle vie aeree (servono solo per materiale solido);
- Se i soccorritori sono più di 1: uno da subito inizio alla RCP e un altro va a chiamare aiuto; se il soccorritore è uno solo, **inizia subito la RCP** e prosegue per **1 minuto prima di chiamare il 118**.
- **NON** si perda tempo nel tentativo di estrarre l'acqua dalle vie aeree; non sempre è presente ed è comunque difficilissimo farla uscire.



Un tuffo in acqua bassa può avere conseguenze traumatiche gravissime! Considerare l'infortunato un grave traumatizzato ed agire di conseguenza (v.oltre)

FOLGORAZIONE

- Agire sempre in sicurezza (**autoprotezione**)
- **Mai** toccare l'infortunato, **mai** avvicinarsi a qualsiasi conduttore in contatto con lui (ricordare che l'acqua e i metalli sono conduttori).
- In caso di folgorazione da corrente ad alta tensione **NON** avvicinarsi **mai** al folgorato se la corrente non è **stata staccata**. **Retrocedere e dare l'allarme**.



AVVELENAMENTO DA FARMACI

Alcuni **farmaci** se ingeriti in dosi superiori a quelle consentite, possono provocare depressione dei centri respiratori del bulbo fino all'arresto respiratorio e cardiocircolatorio (vedi "Avvelenamenti")

- Chiamare il 118. Se la persona è ancora sveglia farla muovere.
- Farla vomitare *solo se è ben cosciente*: farsi prima dire quanto tempo è passato dalla assunzione
- Se è **incosciente NON** provocare il vomito
- Incosciente che respira: Posizione Laterale di Sicurezza (controllare le funzioni vitali).
- Raccogliere un po' del materiale vomitato, e consegnarlo al Soccorso Qualificato unitamente ad eventuale contenitore del farmaco trovato sul posto.



N.B.: Nei bambini è pericoloso provocare il vomito anche se coscienti: introducendo in gola un dito o il manico di un cucchiaino si potrebbe provocare irritazione e conseguente edema della glottide.

COMPOSIZIONE ALTERATA DELL'ARIA

- L'aria che si respira non contiene **abbastanza ossigeno**

Questa situazione si riscontra spesso ad altitudini elevate per diminuzione della pressione parziale di tutti i gas e quindi anche dell'ossigeno a disposizione dell'individuo che si trova a queste quote.

- L'aria è **ricca di anidride carbonica**

Questo può verificarsi se un soggetto rimane a lungo rinchiuso in un ambiente piccolo e non areato (attenzione a cassapanche, bauli, vecchi frigoriferi). La CO₂ può provenire anche dall'esterno (es. in cantine dove si trovano tini ripieni di mosto d'uva, in silos contenenti foraggi). Questo gas, essendo più pesante dell'O₂ si raccoglie **nella parte bassa dell'ambiente**

Primo Soccorso

- **Dare priorità assoluta all'autoprotezione: non introdursi in ambiente saturo di CO₂ senza precauzioni.** Riproponendo *in tempo* l'aria atmosferica, la respirazione può riprendere normalmente.
- Allertare comunque il **118** e/o i Vigili del Fuoco (**115**)

MONOSSIDO DI CARBONIO

Il monossido di carbonio (CO) si libera da **una non corretta combustione di sostanze infiammabili in ambienti poco areati e quindi contenenti poco O₂: è prodotto da bracieri, stufe a legna o a carbone con cattivo tiraggio e si trova in grande quantità nel gas di scarico dei motori e quindi anche nelle gallerie con grande traffico di automezzi.** Questo gas che è inodore, se respirato, si combina in maniera stabile con l'emoglobina del sangue, impedendole così di legarsi con l'ossigeno. La vittima può avere un colorito roseo-rosso acceso del viso

Primo Soccorso

- **Autoprotezione: non indugiare nell'ambiente saturo di gas**
- Allontanare il soggetto dall'ambiente inquinato, controllando le sue funzioni vitali e allertare il 118 e/o Vigili del Fuoco (115)

GAS DI USO DOMESTICO

Sia che provengano da bombole, o erogati dalla Centrale si tratta di miscele di idrocarburi intossicanti, infiammabili e anche esplosivi. Sono però maleodoranti e la fuga di gas può essere avvertita in tempo.

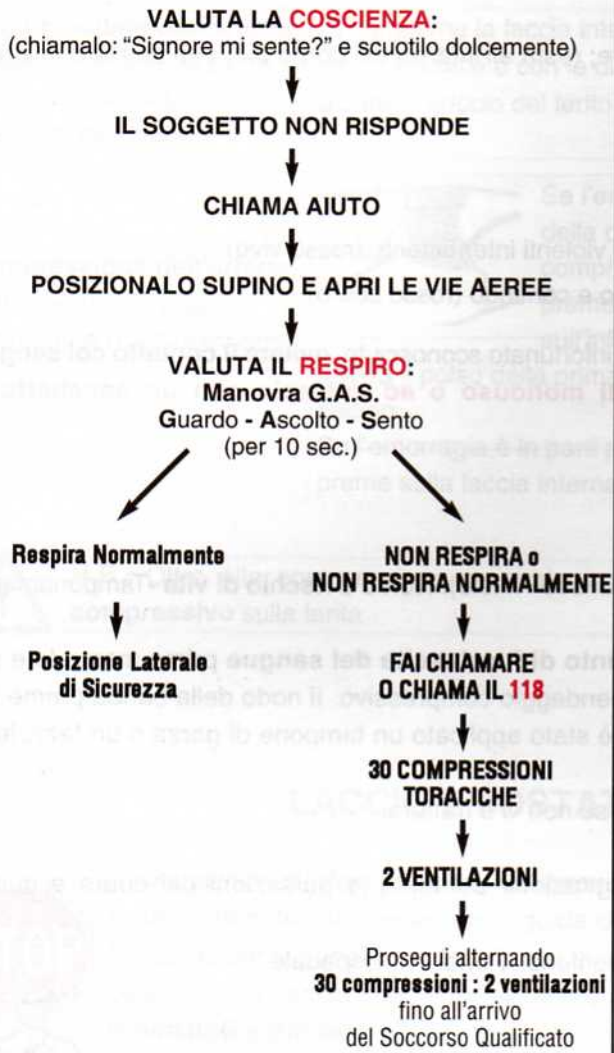
Comportamento in caso di fughe di gas

- **NON** entrare senza riflettere in un locale in cui vi sia fuoriuscita di gas
- **NON** accendere candele, fiammiferi o accendino
- **NON** utilizzare interruttori elettrici, contatore della luce, campanello, telefono, citofono
- **NON** camminare su pavimenti di pietra con scarpe chiodate o ferrate (rifugi di montagna)

Primo Soccorso

- **Chiamare o far chiamare il 118 e allertare i Vigili del Fuoco** e/o l'azienda del gas

SCHEMA RIASSUNTIVO SEQUENZE B.L.S. IN CASO DI ARRESTO CARDIACO PRIMARIO



1 "Signore mi sente?"



2 "Aiuto !!"



3 Apertura vie aeree



4 Manovra del G.A.S.

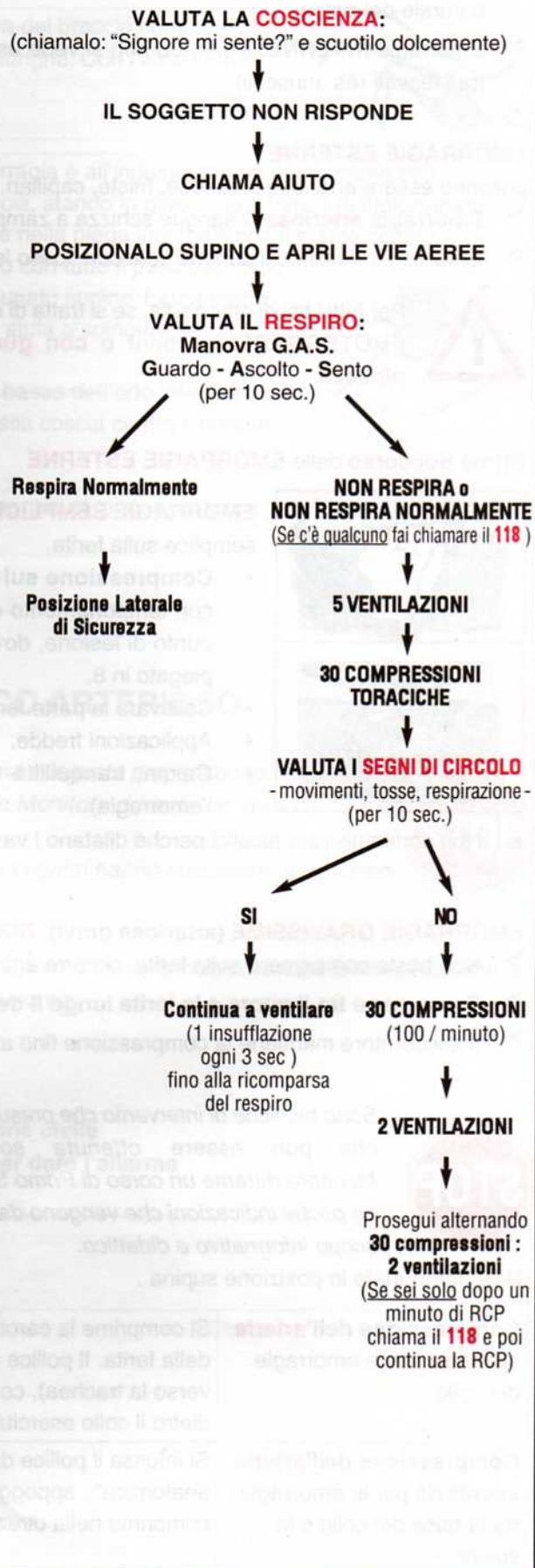


5 Massaggio cardiaco



6 30 compres./2 insuffl.

SCHEMA RIASSUNTIVO SEQUENZA B.L.S. IN CASO DI ARRESTO RESPIRATORIO PRIMARIO



EMORRAGIE

E' la fuoriuscita di sangue da uno o più vasi.

- Emorragie **ESTERNE**: il sangue si vede uscire all'esterno attraverso una ferita
- Emorragie **ESTERIORIZZATE**: il sangue esce all'interno ma viene emesso attraverso un orifizio naturale del corpo
- Emorragie **INTERNE**: il sangue non si vede uscire; resta all'interno del corpo o in una cavità o infiltrato tra i tessuti (es. muscoli)

EMORRAGIE ESTERNE

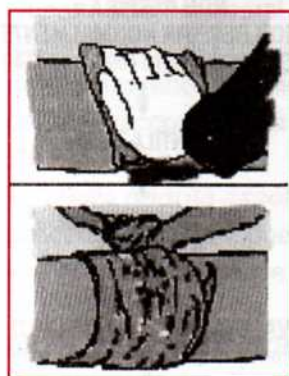
possono essere arteriose o venose, miste, capillari.

- **Emorragia arteriosa**: il sangue schizza a zampilli violenti intermittenti, (rosso vivo).
- **Emorragia venosa**: il sangue cola con flusso lento e continuo (rosso scuro)



Per tutti i tipi di emorragia, se si tratta di un infortunato sconosciuto, **evitare il contatto col sangue. PROTEGGERSI le mani o con guanti monouso o ad esempio con un sacchetto di plastica.**

Primo Soccorso delle EMORRAGIE ESTERNE



EMORRAGIE SEMPLICI (venose - miste). **Non c'è rischio di vita** - Tamponamento semplice sulla ferita.

- **Compressione sul punto di fuoriuscita del sangue** prima manuale e poi con tamponamento e bendaggio compressivo. Il nodo della benda preme sul punto di lesione, dove è stato applicato un tampone di garza o un fazzoletto piegato in 8.
- Sollevare la parte ferita se non vi è frattura.
- Applicazioni fredde.
- Calma, tranquillità (l'agitazione aumenta le pulsazioni del cuore e quindi l'emorragia).

- Non somministrare alcolici perché dilatano i vasi periferici. Portare in Ospedale.

EMORRAGIE GRAVISSIME (arteriose gravi) RISCHIO DI VITA

- Non basta comprimere sulla ferita, occorre agire sui **Punti di compressione a distanza**.
- Si comprime **tra il cuore e la ferita lungo il decorso dell'arteria principale**.
- Il soccorritore mantiene la compressione fino al completamento dell'assistenza.



Sono tecniche di intervento che presuppongono una adeguata preparazione che può essere ottenuta solamente con la guida di un Monitore durante un corso di Primo Soccorso per la popolazione.

Le poche indicazioni che vengono date qui di seguito hanno solamente uno scopo informativo e didattico.



N.B.: Infortunato in posizione supina .

<p>Compressione dell'arteria carotide per le emorragie del collo</p>	<p>Si comprime la carotide a lato della trachea, al di sotto della ferita. Il pollice comprime verso il basso (non verso la trachea), contro le vertebre; le dita lunghe dietro il collo esercitano pressione opposta</p>	
<p>Compressione dell'arteria succlavia per le emorragie tra la base del collo e la spalla</p>	<p>Si infossa il pollice dall'alto in basso nella "saliera anatomica", appoggiando le altre dita dietro. Si comprime nella direzione dei piedi</p>	

Compressione dell'arteria ascellare per le emorragie della parte alta del braccio

Si comprime nel cavo ascellare con i pollici affiancati e paralleli, le altre dita ad anello sulla spalla.



Compressione dell'arteria omerale (emorragia parte bassa del braccio, avambraccio, mano)

Si comprime la faccia interna del braccio contro l'omero o con il pollice o con le dita lunghe. Con l'altra mano alzare il braccio del ferito



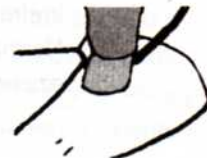
Compressione dell'arteria femorale (emorragia dell'inguine o arto inferiore).



Se l'emorragia è all'inguine o in un punto molto alto della coscia, stando in ginocchio a fianco dell'infornuto si comprime nella piega inguinale con il pugno chiuso, premendo con tutto il peso del corpo sull'infornuto supino. L'altra mano

afferra il polso della prima e aiuta a spingere verso il bacino.

Se l'emorragia è in parti più basse dell'arto inferiore si preme sulla faccia interna della coscia contro il femore.



N.B.: Oltre alla compressione manuale a distanza si può **applicare anche un bendaggio compressivo** sulla ferita

LACCIO EMOSTATICO ARTERIOSO

E' una tecnica di intervento che presuppone una adeguata preparazione: questa può essere ottenuta solamente con la guida di un Monitore durante un corso di Primo Soccorso per la popolazione.

Le poche indicazioni che vengono date qui di seguito hanno solamente uno scopo informativo e didattico.



Meglio **non farne un facile uso perché molto rischioso**. Prima è sempre meglio tentare la compressione a distanza. Si usa **solo per gli arti e in casi di estrema necessità**

- **compressione manuale non efficace**
- **ritardo nell'arrivo dei soccorsi**
- **molti infortunati in situazioni particolari di Protezione civile**
- **quando il soccorritore è solo e deve allontanarsi per dare l'allarme**



EMORRAGIE ESTERIORIZZATE

rinorragia

Fuoriuscita di sangue proveniente dall'interno della cavità cranica in seguito a trauma:

spesso abbinata ad otorragia.

- Non tamponare.
- Eventualmente ghiaccio. Attendere Soccorso Qualificato.

Naso

epistassi

E' il comune "sangue dal naso".

- Comprimere la narice che sanguina. Testa inclinata in avanti.
- Impacchi freddi sul naso e sulla fronte.

N.B.: non si usino tamponi emostatici per sanguinamenti modesti. Tendono ad attaccarsi al coagulo sul punto di lesione e quando si tolgono può riprendere l'emorragia. Si usino solo in caso di epistassi irrefrenabile per il trasporto in Ospedale.

Normalmente è meglio usare un batuffolo di cotone imbevuto di acqua ossigenata: ha una leggera azione emostatica e non si appiccica alla lesione.

Orecchio

otorragia

Il sangue che esce dall'orecchio in seguito ad un trauma può far sospettare frattura della base cranica. Il colore può essere rosato.

- Non muovere l'infortunato. Lasciarlo come si trova.
- Se è già posto su un fianco dalla parte lesa, questa posizione favorisce la fuoriuscita di liquidi o sangue che non deve essere mai contrastata.
- Evitare tamponamenti interni.
- Chiamare il 118. Nell'attesa, sorveglianza.

Sono stati qui segnalate le più comuni emorragie esteriorizzate. Altre verranno trattate nel Corso completo di Primo Soccorso.

Non sottovalutare comunque eventuali sanguinamenti da orifici naturali non trattati in questo paragrafo.



EMORRAGIE INTERNE

CONTUSIONE

perdita di sangue sotto pelle

Ecchimosi

presenza diffusa di elementi sanguigni sotto pelle (è il "livido")

Ematoma

una raccolta di sangue nei tessuti molli

Trattamento

- Ghiaccio nelle prime 12-24 ore per arrestare il versamento. In seguito caldo per favorire il riassorbimento.
- In caso di **contusioni estese c'è rischio di infezione**. Se c'è difficoltà di riassorbimento, (es. nell'anziano) consultare un medico.
- Caso molto grave è l'ematoma, cerebrale (vedi oltre "trauma cranico").

PERDITA DI SANGUE IN CAVITÀ

Situazione gravissima! **NON si vede uscire sangue** che rimane all'interno del corpo nella cavità in cui l'organo sanguinante è contenuto o che si infiltra fra i tessuti es. muscoli. Può essere di **origine traumatica** (es.: rottura della milza, del rene, frattura del femore) oppure di **origine patologica** (es.: ulcera gastrica perforata).

N.B.: Valutare sempre la dinamica dell'evento.

Come si riconosce? Dai **segni** e dai **sintomi** che sono **quelli dello stato di SHOCK** (vedi oltre) e cioè:

- Pallore estremo - cianosi alle estremità e alle labbra - respiro rapido e superficiale - pelle fredda e umida - sudore freddo - polso piccolo e frequente brividi, tremori.
- L'infortunato si presenta prima molto agitato. In seguito è accasciato fino alla sonnolenza. Evoluzione verso il coma e quindi arresto cardiaco.

Una emorragia interna va quindi sospettata quando compaiono i sintomi dello shock che peggiora rapidamente e che è privo di un'altra causa apparente.

- Infortunato steso a gambe rialzate: posizione antishock (*vedi qui di seguito*)
- Ben coperto. Non borse calde ne termofori.
- Non alcolici. Non caffè, ne stimolanti per il cuore.
- Ospedalizzare immediatamente nella posizione suddetta.

Primo Soccorso



SHOCK

È un insieme di severi sintomi che compare quando l'organismo subisce un insulto grave. In tempi più o meno brevi si ha una **caduta della Pressione Arteriosa**: ne consegue una scarsa irrorazione dei tessuti che entrano in stato di sofferenza. L'organo che più risente dell'insufficienza circolatoria è il cervello che può andare incontro a danni irreparabili. È uno squilibrio che si crea fra contenitore (vasi sanguigni) e il contenuto (sangue).

- **Shock per perdita di liquidi** (shock ipovolemico): è diminuito il volume della massa circolante
 - **Cause:** emorragie gravi, ustioni estese (perdita di plasma), gravi malattie in cui si perdono molti liquidi (tramite vomito, sudorazione, diarrea prolungata).
- **Shock per vasodilatazione:** il volume dei liquidi è invariato, ma è aumentato il calibro dei vasi
 - **Cause neurogene:** traumi del midollo spinale, dolore intenso e prolungato.
 - **Cause allergiche:** *reazione* dell'organismo alla introduzione di sostanze estranee (farmaci, sieri, punture di insetti ecc.). Si può arrivare all'edema della glottide (rischio di soffocamento per ostruzione delle vie aeree).
- **Shock cardiogeno:** insufficienza della pompa cardiaca che perde energia:
 - **Cause:** malattie di cuore. Eventi da cause ambientali, es.: folgorazione.

Riassumendo possono portare allo shock: gravi emorragie, ustioni, gravi ferite, fratture importanti, contusioni estese, schiacciamenti, amputazioni, perforazione di organi interni, intossicazioni, cause ambientali, nonché patologie cardiocircolatorie. Ricordare che il politraumatizzato e il polifratturato corrono rischio di shock.

- | | |
|----------------|--|
| SINTOMI | <ul style="list-style-type: none">▪ Pallore intenso▪ Cianosi alle estremità e alle labbra▪ Pelle fredda e umida, sudore freddo, brividi▪ Respiro superficiale ed affannoso▪ Polso debole e frequente |
|----------------|--|

Aspetto dell'infortunato	L'infortunato cosciente può essere sovraccitato oppure abbattuto, apatico, torpido. Questi sintomi e segni non sempre sono presenti tutti insieme, inoltre non sempre si instaurano immediatamente: possono comparire anche a ore di distanza. Il soccorritore non dimentichi mai che lo shock è uno stato patologico GRAVE e PROGRESSIVO dei feriti e dei traumatizzati: può evolversi fino a diventare irreversibile
---------------------------------	---

RICORDARE	OGNI INFORTUNATO E POTENZIALMENTE UNO SHOCCATO Di fronte ad un incidente grave, ad un evento traumatico, anche se non sono comparsi ancora i sintomi nelle vittime, il Soccorritore deve PREVEDERE e PREVENIRE lo shock!
------------------	--

**PRIMO
SOCCORSO**

- Rimuovere ogni causa (es.: bloccare eventuale emorragia)
- Slacciare quello che stringe
- Coricare la vittima con gli arti inferiori sollevati in **POSIZIONE ANTISHOCK**: questa posizione permette il ritorno della massa sanguigna verso il cuore e quindi al cervello
- Coprire l'infortunato ma non troppo (non deve sudare)
- **NON** somministrare alcolici, né caffè, né stimolanti per il cuore
- **NON** applicare fonti di calore (borse d'acqua calda, termofori o altro)



**Infortunato
Cosciente**



- Va steso in posizione supina con gli arti inferiori rialzati, utilizzando qualsiasi cosa: una valigia, una sedia, ruote di scorta, coperte ecc.
- Costringerlo a stendersi anche se apparentemente sembra stare bene.
- Coprirlo.

**Infortunato
Incosciente**



- Va posto in Posizione Laterale di Sicurezza con gambe sollevate.
- Coprirlo.

- **Non applicare MAI** la posizione antishock ad un sospetto fratturato di colonna vertebrale, bacino o arti inferiori. **Si lascia come si trova e dove si trova.**



- **NON sollevare MAI** gli arti inferiori ad un traumatizzato cranico.
- **NON adottare la posizione antishock** per lesioni al torace (adottare, se cosciente, la posizione semiseduto).



- **NON somministrare MAI** alcolici o caffè.
- Per la donna in **avanzato stato di gravidanza è sconsigliato alzare gli arti inferiori**; il feto premerebbe sul diaframma rendendo difficile la respirazione. Se cosciente lasciarla distesa. Se incosciente: Posizione Laterale di Sicurezza sul fianco sinistro (sul lato destro verrebbe ostacolato il ritorno venoso al cuore attraverso la vena cava).



EMORRAGIE INTERNE

L'infortunato cosciente può essere sollevato riprendendo la posizione supina. Questa manovra è sconsigliata nei casi di sospetta frattura di colonna vertebrale, bacino o arti inferiori. In questi casi, il soccorritore non dovrebbe tentare di spostare l'infortunato. È sconsigliato anche sollevare gli arti inferiori. In caso di emorragia interna, il soccorritore deve coprire l'infortunato con una coperta o un panno per mantenerlo caldo. È importante non somministrare alcolici o caffè. Per la donna in avanzato stato di gravidanza è sconsigliato alzare gli arti inferiori. Il feto premerebbe sul diaframma rendendo difficile la respirazione. Se cosciente lasciarla distesa. Se incosciente: Posizione Laterale di Sicurezza sul fianco sinistro (sul lato destro verrebbe ostacolato il ritorno venoso al cuore attraverso la vena cava).

LE FERITE

La **FERITA** è l'interruzione della continuità della pelle

- *Abrasioni* (lesioni superficiali da corpo tagliente)
- *Escoriazioni* (lesioni superficiali da corpo contundente irregolare, ruvido)
- *Da punta* (anche punture di spine!)
- *Da taglio* (a margini netti)
- *Lacere* (a margini irregolari)
- *Lacero-contuse* (margini irregolari e contusi)
- *Da arma da fuoco*

Complicanze delle ferite

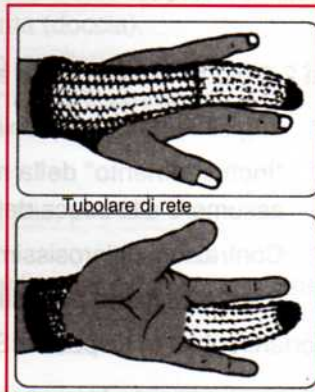
- Lesioni di organi interni
- Emorragie, shock
- Infezioni: da germi piogeni e dal bacillo del tetano.

Gravità delle ferite

- Estensione
- Profondità
- Presenza di corpi estranei
- Localizzazione della lesione


Trattamento delle PICCOLE FERITE



- Autoprotezione in caso di infortunati sconosciuti
- Lavarsi bene le mani
- Lavare la ferita con acqua e sapone (farla sanguinare sotto l'acqua corrente)
- Completare la pulizia con acqua ossigenata (che può essere usata anche dentro la ferita)
- Per la pulizia **usare sempre garza**, mai cotone idrofilo
- Disinfezione dei margini (con **disinfettante incolore**). Mai alcool, mai tintura di iodio perché lesivi. Non usare pomate o polveri
- Coprire con garza sterile fissata tutt'intorno da cerotto oppure protetta da un tubolare di rete (eventualmente bendare)



Trattamento delle ferite contenenti un CORPO ESTRANEO

- **Non estrarre mai corpi estranei** (lame, pezzi di vetro, ecc.)
- **Allertare il 118**

 Sono **sempre gravi** e si portano in Pronto Soccorso Ospedaliero: le **ferite al viso** e agli **orifizi naturali del corpo**, le **ferite contenenti corpi estranei** e le **ferite al torace e/o addome**

 **Le ferite estese e profonde al torace e all'addome implicano un intervento complesso.** E' consigliabile che l'Allievo anziché cimentarsi in tecniche con dubbi risultati si occupi di **effettuare una corretta e precisa richiesta di soccorso al 118.** 

Se la ferita è una lesione locale e l'infortunato è cosciente posizionarlo:



NON estrarre corpi estranei conficcati (lame, ecc.) e **NON** somministrare cibi o bevande

La guarigione delle ferite avviene quando si forma la **crosta** ed il **tessuto di granulazione** senza comparsa di sintomi di infezioni (lasciare la prima medicazione per un paio di giorni prima di toglierla).

INFEZIONI

La ferita si infetta quando entrano germi e si riproducono

Sintomi

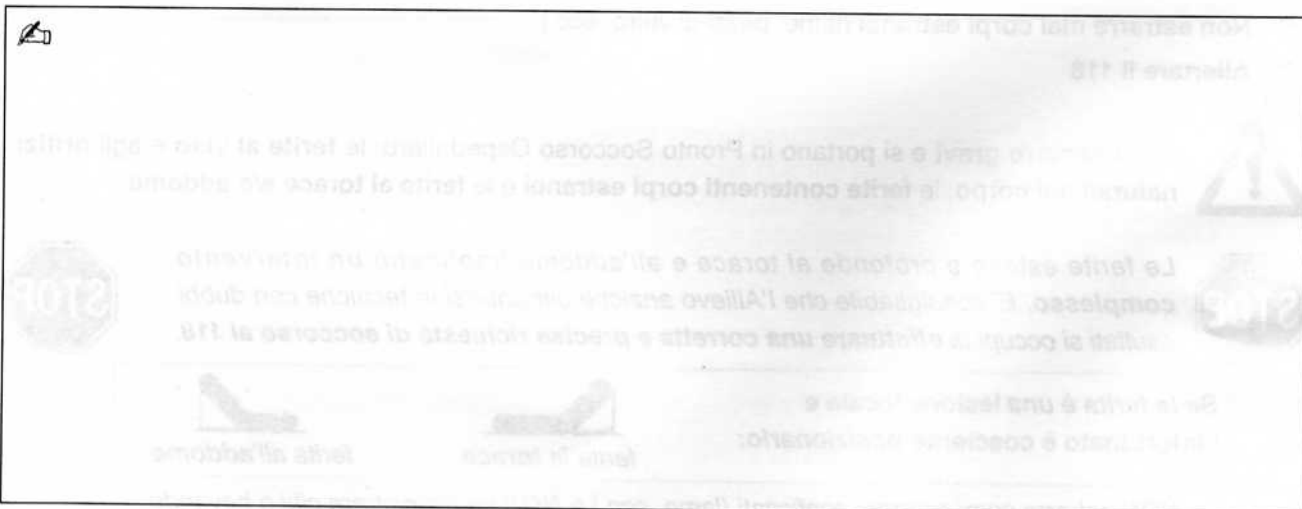
- Rossore, calore, tumefazione, ferita che "pulsata". Eventuale rialzo della temperatura
- In alcuni casi può esserci formazione di pus (raccolta di globuli bianchi e di microrganismi morti, di cellule sfaldate e di siero).

TETANO

Infezione dovuta alla penetrazione **nella ferita** di un bacillo anaerobio e sporigeno. Le spore, forme di resistenza in cui il bacillo si ritrae per sopravvivere nell'ambiente esterno, si trovano nella terra, nel letame, nella sporcizia, nella polvere, nella ruggine ecc. Se la spora entra nella ferita il germe si sviluppa e si riproduce emettendo tossine che attaccano il sistema nervoso.

Incubazione	da 2-3 giorni fino a 20-30 e anche più
Segni e sintomi	<ul style="list-style-type: none">➤ Irrigidimento dei muscoli facciali,➤ "Inchiodamento" della mandibola (trisma: la contrazione dei muscoli facciali fa assumere alla bocca del soggetto un aspetto caratteristico)➤ Contrazioni dolorosissime, che dai muscoli della faccia si estendono al tronco.➤ Rischio di morte per asfissia (paralisi dei muscoli respiratori)
Primo Soccorso	Portare subito in Ospedale Specializzato o in un Centro di Rianimazione
PREVENZIONE	E' importantissimo farsi vaccinare.

- **VACCINAZIONE** ha sempre significato di **prevenzione** (effetto non immediato, ma duraturo)
- **SIEROPROFILASSI** ha **azione immediata di difesa**, ma l'efficacia è di breve durata



USTIONI

Sono lesioni della pelle dovute ad agenti **fisici** (calore, elettricità, radiazioni) o ad agenti **chimici** (acidi, basici forti). Se si tratta di calore possono essere provocate da calore secco (fuoco, elettricità, ecc.) o da **calore umido** (vapore, acqua bollente, olio, ecc.).

A seconda della **PROFONDITA'**, si possono avere ustioni di I° II° III° grado



USTIONE DI I° GRADO:

caratterizzata da **"eritema"** o arrossamento cutaneo; tipico è l'eritema solare.

Primo soccorso: acqua fredda e ghiaccio, se c'è febbre consultare un medico.

USTIONE DI II° GRADO:

caratterizzata dalla formazione di vescicole (**flittene**). Le flittene sono piene di liquido (plasma), **non vanno bucate**.

- Raffreddare sotto acqua corrente (doccia).
- **NON togliere i vestiti** se sono incollati alla pelle.
- Dare da bere (acqua) se l'infortunato è **cosciente**.
- Coprire con garza sterile.
- Posizione antishock.

MAI USARE cotone idrofilo, alcool, olio, pomate.



ATTENZIONE: le ustioni di **dimensione superiore ad una moneta** devono essere controllate in un Pronto Soccorso ospedaliero.

USTIONE DI III° GRADO:

si ha la **necrosi** (morte) dei tessuti



- **NON togliere i vestiti** che sono incollati alla pelle.
- Coprire le lesioni con garza sterile o telo pulitissimo.
- Dar da bere (acqua) se l'infortunato è **cosciente**.
- Praticare la posizione antishock (se possibile).

TRASPORTO URGENTE CON AMBULANZA IN OSPEDALE.



IMPORTANTE: La **gravità** di un'ustione, **COME RISCHIO PER LA VITA**, si valuta dalla **ESTENSIONE** più che dalla profondità. In un adulto un'ustione che interessa il 30% della superficie corporea è considerata gravissima. (In un bambino basta il 20%)

USTIONI DA SOSTANZE CHIMICHE:

- 1) Lavare abbondantemente la parte colpita con un **getto violento d'acqua per 10 minuti**.
- 2) **TRASPORTO CON AMBULANZA IN OSPEDALE.**



SCOTTATURE IN GOLA (provocate dall'ingestione di sostanze troppo calde):

- 1) Far bere piccoli sorsi di acqua fredda e far succhiare pezzetti di ghiaccio.
- 2) Applicare compresse fredde intorno al collo e **trasporto in ospedale**.

CONGELAMENTI

Il congelamento è una **lesione locale** da freddo. Sono colpite soprattutto le estremità: mani, piedi, naso, orecchie

Segni e sintomi

- La parte è bianca, poi tende al bluastro.
- Dolori iniziali poi insensibilità della parte congelata .
- Mobilità diminuita. In casi più gravi si possono avere **flittene** ed all'ultimo stadio anche necrosi dei tessuti.

Primo Soccorso

- Portare o far trasportare la vittima in un luogo riparato
- Slacciare gli indumenti costringenti; allentare scarpe. Togliere anelli, orologi, bracciali. Appena possibile sostituire gli indumenti bagnati con altri asciutti
- Riscaldare con il calore del proprio corpo (sotto le ascelle, fra le cosce) le dita delle mani o dei piedi; riscaldare tutto il corpo con coperte
- Somministrare bevande calde molto zuccherate (lo zucchero ha funzione energetica). **NON alcolici!**
- Sono molto utili i movimenti attivi e passivi (attenzione: **non** far camminare un soggetto con i piedi gravemente congelati!). **Allertare il Soccorso qualificato**
- **Non frizionare direttamente la parte se il congelamento è grave (*)**
- **Non portare di colpo il congelato in ambiente caldo**, ma farlo gradualmente
- **Non accostare la parte congelata a fonti di calore diretto**

(*) Si può massaggiare la parte per favorire la circolazione solo nel congelamento superficiale, di modesta entità, che si manifesta con sensazione di "gelo alle mani e ai piedi", senso di intorpidimento, formicolio e dolore.

FRATTURE

La frattura è l'interruzione della continuità di un osso. Le fratture possono avere origine traumatica o patologica (in cui la causa prima è una malattia dell'osso).

Tipi di fratture

Diretta	quando la frattura avviene nel punto in cui si ha il trauma
Indiretta	quando la frattura avviene lontano dal punto d'urto
Completa	quando interessa l'osso a tutto spessore
incompleta	quando non interessa l'osso in tutto il suo spessore; è una "incrinatura" (<i>infrazione</i>)
Composta	quando i monconi sono rimasti nella sede primitiva (detta anche frattura "senza spostamento")
Scomposta	quando i monconi o i frammenti si sono spostati dalla sede naturale (frattura "con spostamento")
Chiusa	quando la cute sovrastante è rimasta intatta e il focolaio di frattura non comunica con l'esterno
Aperta	quando il moncone o i frammenti comunicano con l'esterno; oppure quando una ferita penetrante ha raggiunto il focolaio di frattura



Sintomi di frattura

- dolore vivo che aumenta ad eventuale movimento.
- perdita di funzionalità della parte.
- alterazione della forma e dell'atteggiamento.
- gonfiore ed edema che va accentuandosi.



PRIMO SOCCORSO



Regola generale

Ogni trauma agli arti va sempre trattato come possibile frattura. **Non fare diagnosi!** Comportarsi sempre come per la situazione più grave;



- evitare movimenti inutili;
- immobilizzare la parte lesa **nella posizione in cui si trova bloccando le articolazioni a monte e a valle**. Si può usare dove possibile una "doccia" (giornali o un pezzo di cartone piegato a "U"), altrimenti usare le parti sane del corpo come "stecca";
- mettere spessori fra stecca (o parte del corpo sana) e la parte lesa;
- lasciare libere le dita degli arti.



Il soccorritore occasionale **non** deve mai tentare di ridurre una frattura ("riduzione" è la manovra che permette di riportare i monconi sull'asse primitivo)

Gravi sono le **fratture aperte (esposte)**: si infettano facilmente e si devono solo proteggere coprendole con telo pulitissimo.

- **Allertare il 118.**
- **NON** disinfettare. **NON** tentare manipolazioni di alcun genere.

NOZIONI PRATICHE PER L'IMMOBILIZZAZIONE di lesioni osteo-articolari in varie sedi



*L'immobilizzazione di una frattura è una tecnica da utilizzare solo quando è strettamente necessario perché si deve spostare l'infortunato. E' sempre consigliabile attendere il soccorso qualificato, allertandolo con una **corretta e precisa richiesta di soccorso al 118 e nell'attesa attuare un buon supporto psicologico all'infortunato.***



AVAMBRACCIO-POLSO-MANO

- Immobilizzare con doccia di cartone imbottita;
- se il gomito può essere ripiegato si sosterrà l'arto con telo ad armacollo (triangolo) imbottendo fra arto e torace;
- in caso di viaggio lungo fissare al tronco il braccio sospeso nel triangolo con bende larghe;
- se il gomito da dolore a piegarlo, non insistere: fermare il braccio dritto lungo il corpo fissandolo con 3 legacci.



Frattura della SPALLA

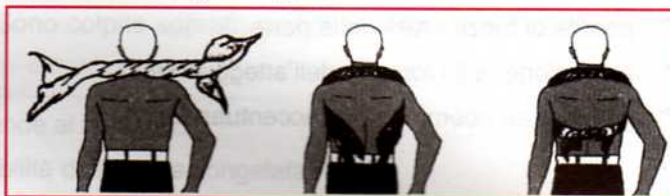
- Porre un cuscinetto sotto l'ascella. Ripiegare l'avambraccio sul petto, con la mano portata verso la spalla sana.
- Posizionare il triangolo a sacchetto (la punta larga del triangolo va a sostenere il gomito).



Frattura della CLAVICOLA

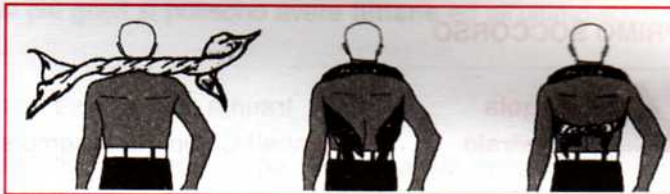
➤ Sospendere il braccio al collo in posizione normale con un triangolo Oppure:

- Usare una striscia di stoffa (foulard, ecc.) abbastanza lunga da passare dietro la nuca e sotto le ascelle per poter poi essere legata dietro la schiena



oppure

- Infilare due anelli di stoffa nelle braccia dell'infortunato. Sistemarli il più possibile vicino alle spalle e legarli insieme con una striscia di stoffa dietro alla schiena



Attenzione: qualsiasi* sia il metodo usato **NON** esercitare una trazione: è sufficiente immobilizzare

Frattura delle COSTE

- L'infortunato ha dolore alla inspirazione, difficoltà respiratoria, tosse dolorosa senza *espettorato*.
- Talvolta il traumatizzato sputa sangue: il **soccorritore deve segnalarlo ai medici**.
- Sistemare il paziente nella Posizione Semiseduta, aiutandolo a trovare la posizione meno dolorosa, **sul lato lesa** (permette il funzionamento del polmone del lato sano).



Frattura TIBIA-PERONE

- Applicare una stecca imbottita e fermarla in 4 punti (**sopra e sotto le articolazioni, sopra e sotto il punto di frattura**)
- Se manca la stecca:
 - allineare la gamba sana a quella fratturata e mettere spessori tra le gambe;
 - legare. piedi e caviglie a 8 con bende;
 - legaccio sopra le ginocchia e legare ancora in 2 punti: **sopra e sotto il punto di frattura**.



La tecnica di immobilizzazione della frattura di femore è riservata al personale esperto. Allertare il soccorso qualificato effettuando una **corretta e precisa richiesta di soccorso al 118**.

Nell'attesa è importante attuare un buon supporto psicologico all'infortunato.



DISTORSIONE

Fuoriuscita di un capo articolare dalla sua sede naturale, con successivo immediato rientro in sede.

Impacchi freddi ed immobilizzazione. Portare in ospedale, se necessario con ambulanza

LUSSAZIONE

Fuoriuscita **definitiva** di un capo articolare dalla sua sede naturale (non seguito dal rientro in sede).

NON tentare di ridurre la lussazione. Immobilizzare la parte. Portare in ospedale, se necessario con ambulanza

STRAPPO MUSCOLARE

Rottura di uno o più fascetti di fibre muscolari.

Subito impacchi freddi. Dopo 24 ore impacco caldo per favorire il riassorbimento. Riposo.

CRAMPI

Contrazione improvvisa, dolorosa di un muscolo

Rilassare il muscolo colpito. Bere acqua e sale o reintegratori salini

IL SISTEMA NERVOSO

Il sistema nervoso si suddivide in SISTEMA NERVOSO **CENTRALE** (all'**interno** della struttura ossea) e SISTEMA NERVOSO **PERIFERICO** (al di fuori delle strutture ossee)



L'unità funzionale del sistema nervoso è la **cellula nervosa** detta **neurone**, che possiede la proprietà dell'eccitabilità e conduttività (riceve stimoli e trasmette messaggi)

- Il sistema nervoso della VITA di **RELAZIONE** o Volontario permette il rapporto col mondo esterno attraverso le sensazioni e il movimento **volontario** dei muscoli striati; fa capo alla corteccia cerebrale che è la "centrale ricevente e trasmittente" (riceve sensazioni e trasmette ordini ai muscoli) attraverso fibre di senso e fibre di moto. Il *midollo spinale* è il cavo collettore di tutte le fibre ascendenti di senso e di tutte le fibre discendenti di moto.
- Il sistema nervoso della VITA **VEGETATIVA** regola le funzioni vitali che avvengono **indipendentemente dalla nostra volontà**; polmoni, cuore, reni, stomaco, intestino ecc. sono controllati da una parte del sistema nervoso centrale e da speciali nervi periferici destinati ad organi e ghiandole. E' detto anche **S. N. Involontario** o **Autonomo**



TRAUMI CRANICI E VERTEBRALI

Il cranio e la colonna vertebrale sono "contenitori" di parti essenziali del sistema nervoso. Colpi al capo e/o alle vertebre possono portare non solo a lesioni esterne, ma anche a lesioni interne

TRAUMI CRANICI

Lesioni esterne

- **alla cute:** contusione del cuoio capelluto, tumefazione, ferita
- **alle ossa:** frattura



Frattura: può riguardare la *volta cranica* che protegge il cervello o la *base cranica* su cui il cervello appoggia. Nella volta cranica si può avere una incrinatura, oppure una frattura completa senza o con spostamento (scheggia che può ledere i tessuti sottostanti).

Se riguarda la *base cranica* si può avere emorragia dalle orecchie e/o dal naso (**estrema gravità!**)

N.B. Si chiami il 118 e non si muova la vittima. E' la dinamica dell'evento (es. incidente rovinoso) a far sopporre il peggio! Una rinorragia provocata da un pugno sul naso è un fenomeno locale, non riferibile alla base cranica e come tale non necessita di chiamata d'urgenza.

La gravità delle conseguenze non è comunque legata necessariamente alla frattura della scatola cranica. Può non esserci alcuna lesione esterna rilevabile ed essersi determinata lesione interna.

Non basta quindi una radiografia, ma sono necessari esami ed accertamenti.

Lesioni interne



- **Ematoma cerebrale:** raccolta di sangue derivata da rottura di vasi sanguigni. L'ematoma può impiegare anche molto tempo a formarsi e il danno cerebrale può manifestarsi anche a distanza di tempo (intervallo libero). La vittima è cosciente, parla, cammina; poi dopo qualche tempo (ore, giorni) può finire in coma.
- **Commozione cerebrale:** forte "scuotimento" del cervello che può provocare una perdita di coscienza transitoria. Il soggetto riacquistando conoscenza, ha mantenuto tutte le sue facoltà; ha talvolta disturbi di memoria.
- **Contusione cerebrale:** il trauma ha provocato distruzione del tessuto nervoso: poiché i neuroni non si rigenerano il danno è grave e permanente. A seconda della zona colpita il soggetto può aver perso qualche facoltà (es. vista, parola).
- **Danni al bulbo:** il bulbo o "midollo allungato" è il punto di passaggio fra l'encefalo e il midollo spinale; è la "centrale" di controllo dell'attività respiratoria e cardiaca.

Traumi al bulbo possono portare ad arresto respiratorio o cardiaco.

Norme di comportamento

- Valutare lo stato di coscienza dell'infortunato. Se è **cosciente** continuare a parlargli: chiedergli le sue generalità dove ha male ecc. per vedere se è orientato nello spazio e nel tempo. Dargli soccorso psicologico.
- Valutare **sintomi e segni**. I più frequenti sono:
 - amnesie, mal di testa, confusione mentale, sonnolenza, torpore
 - vomito improvviso (non preceduto da nausea), sangue dal naso e/o dalle orecchie
 - diversa dilatazione delle pupille - deviazione degli occhi (improvviso strabismo) - paralisi
- Se sintomi e segni, unitamente alla constatazione di un incidente violento autorizzano a chiamare il 118 nell'attesa non muovere l'infortunato; stargli vicino e controllare le funzioni vitali. Anche se la situazione non sembra grave, è meglio **sempre** portare in Ospedale chiunque abbia ricevuto un colpo in testa per assicurargli esami e controlli accurati.
- **Se è incosciente chiamare il 118 !**

Se non si può escludere la frattura della colonna vertebrale o del tratto cervicale, non si applichi nemmeno la Posizione Laterale di Sicurezza. Lasciarlo dove si trova e come si trova. Controllare le funzioni vitali. Non allontanarsi da lui. Solo se vomita ed è supino, andrebbe ruotato: il personale esperto lo ruota tenendo testa collo tronco sullo stesso asse. Se un orecchio sanguina lasciarlo dal lato sanguinante per permettere al sangue di uscire.

Al Soccorso Qualificato comunicare sempre:

- Se ha perso i sensi e per quanto tempo. Se ha perso la memoria
- Se ha vomitato
- Se è stato agitato oppure se è torpido e sonnolento

TRAUMI VERTEBRALI

Una frattura vertebrale non significa necessariamente lesione del midollo spinale.

Se però ci fosse frattura, effettuando uno **spostamento maldestro della vittima**, si rischierebbe di far penetrare una scheggia nel midollo. In una lesione midollare vengono tranciate fibre di senso (ascendenti) e fibre di moto (discendenti); si interrompe quindi il collegamento fra il centro e la periferia con conseguente **paralisi di tutte le zone a valle del punto di lesione**.

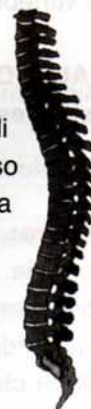
Come si può **SOSPETTARE**:

infortunato COSCIENTE

- Può denunciare dolore vivissimo in un punto della colonna vertebrale
- Può avere formicolio agli arti
- Può avere insensibilità agli arti
- Può avere immobilità agli arti
- Può perdere urina e feci.

Infortunato **INCOSCIENTE** non denuncia sintomi

Si DEVE **sospettare** frattura di colonna, valutando la **dinamica dell'incidente**



PRIMO SOCCORSO

- **NON MUOVERE** l'infortunato. Lasciarlo **DOVE** si trova **COME** si trova.
- **NON** praticare la Posizione Laterale di Sicurezza.
- **Chiamare il 118**. Il Soccorso qualificato è munito di strumenti idonei al sollevamento e al trasporto (barella a cucchiaio e asse spinale.)

Cadute dall'alto (scale, impalcature, attrezzi sportivi, ecc.), rotolamenti, rovesciamenti di auto, incidenti rovinosi, tamponamenti automobilistici sono tutti **incidenti a rischio**.



- **NON MUOVERE** la vittima. Controllare che continui a respirare. Se non respira estrarre la lingua con un fazzoletto asciutto.



- Se questo non è la causa di asfissia e l'infortunato continua a non respirare è indispensabile rischiare la respirazione bocca a bocca o bocca-naso altrimenti morirebbe.
- Nella manovra G.A.S. e nella Respirazione Artificiale **NON** iperestendere il capo; limitarsi a sollevare il mento.

RICORDARE

- In qualsiasi incidente (cadute dall'alto o rovinose, incidenti stradali, ecc.) a rischio **si deve sospettare** una frattura di colonna vertebrale.
- In qualsiasi situazione sospetta non si farà assumere mai la Posizione Laterale di Sicurezza e la posizione Antishock
- Nell'infortunato incosciente controllare le funzioni vitali ed eventualmente tenergli la lingua con due dita se vi sono problemi respiratori. Se questa non è la causa dell'asfissia, occorre rischiare comunque la respirazione artificiale
- Spostare l'infortunato **solo ed esclusivamente se esiste un reale e immediato pericolo** (per es. un incendio), in ogni caso cercando di conservare il più possibile l'asse testa-collo-colonna vertebrale
- **Non introdurre mai** un sospetto infortunato di colonna vertebrale in un'autovettura di passaggio

MALORI

Ricordare che in caso di "malore", a meno che non ci siano cause apparenti, **il soccorritore non è tenuto a fare diagnosi**

REGOLA GENERALE

Se l'incosciente è **pallido** in viso

Posizione Antishock



e/o Posizione Laterale di Sicurezza



Se l'incosciente è **rosso** in viso

Posizione Semiseduta



LIPOTIMIA (svenimento): è una perdita **modesta e transitoria** della coscienza.

Può essere preceduta da malessere, nausea, debolezza, capogiro, sudorazione

CAUSE

Pressione bassa, anemia, digiuno, esaurimento, permanenza in ambienti chiusi, prolungata stazione eretta, calore eccessivo, fatica, dolore fisico, emozioni ecc.

SINTOMI

- incoscienza (la persona cede sulle gambe)
- Pallore
- polso e respiro presenti (polso debole e lento)

PRIMO SOCCORSO



- Posizione AntiShock
- Slacciare ciò che stringe (colletto, cintura ecc.)
- Areare l'ambiente
- Allontanare la folla.

Che cosa NON si deve fare

- MAI dare schiaffi.
- MAI dare da bere fino a che non ha ripreso conoscenza e può deglutire.
- MAI dare alcolici! (determinano la dilatazione dei vasi periferici favorendo l'ipotensione).
- MAI spruzzare acqua gelata sul viso.
- NON abbandonare il soggetto appena sta meglio: tenerlo ancora sdraiato per un po' perché l'evento può ripetersi.

COLPO DI SOLE: è dovuto all'azione diretta dei raggi del sole sul capo.

SINTOMI

Inizialmente:

- Malessere, stordimento, cefalea
- Colorito rosso acceso al volto
- **Sudorazione profusa**
- Nausea vomito
- Vertigini, ronzii.

Successivamente:

- Calo della Pressione Arteriosa
- Evoluzione verso lo stato di shock
- Pallore, pelle fredda e umida
- Polso piccolo e frequente
- Coma

PRIMO SOCCORSO

- Portare in ambiente fresco e all'ombra
- In **fase iniziale** (rossore) Posizione Semiseduta.
- In **fase avanzata** (pallore) Posizione Antishock
- Far bere acqua e sale se il paziente è cosciente
- Spugnature fresche ma evitare bruschi raffreddamenti
- Se **incosciente** Posizione Laterale di Sicurezza e gambe sollevate. Allertare 118

ASSIDERAMENTO: è l'effetto del freddo intenso e protratto su tutto l'organismo

SINTOMI

- **Segni premonitori:** fiacchezza fisica e mentale, irritabilità e irragionevolezza, tremito, difficoltà di vista e di parola, tachicardia, torpore.
- **Aggravamento:** **sonnolenza** fino al coma - Polso debole - Respiro lento fino all'arresto

PRIMO SOCCORSO

- Portare in ambiente asciutto ma **NON** eccessivamente riscaldato - Togliere gli abiti bagnati
- **Riscaldare gradualmente** con massaggi e panni caldi (non avvicinare a fonti dirette di calore)
- Caffè forte molto zuccherato - **NON** somministrare alcolici
- **Non** immergere in acqua troppo calda (rischio di collasso).

EPILESSIA

È un'affezione cerebrale caratterizzata da accessi convulsivi con perdita di coscienza. La crisi è dovuta al fatto che un gruppo di neuroni improvvisamente producono degli impulsi anomali. Può essere senza causa apparente (epilessia essenziale) o conseguente da una **lesione del sistema nervoso** originata da cause traumatiche o patologiche. Esistono due forme di epilessia.

PICCOLO MALE

Momento di **'assenza'** con sguardo fisso; perdita della nozione dell'ambiente esterno (più frequente nei bambini)

GRANDE MALE

Più **grave**. Si presenta con crisi che si svolge così:

- Eventuale "aura": insieme di sintomi premonitori (sensazioni visive, olfattive, acustiche)
- Grido iniziale
- Perdita di coscienza
- Caduta a terra (**può ferirsi**)
- Irrigidimento

Compaiono le **convulsioni**: gli arti sono proiettati in tutte le direzioni, il viso è contratto, possibile morso della lingua, occhi rovesciati, schiuma alle labbra

- Segue, una fase di rilassamento e di sonno profondo.
- In questa fase ci può essere perdita di urina e feci.
- Al risveglio **amnesia** della crisi.

Comportamento del soccorritore

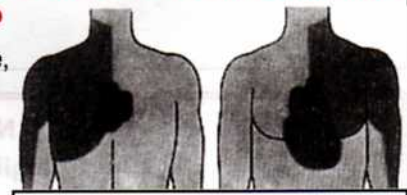
- **NON** impedire lo svolgersi della crisi
- Levare di mezzo gli oggetti pericolosi e, prevedendo la caduta, ammortizzarla
- Se possibile, porre in bocca al malato un oggetto di gomma o comunque un oggetto che non possa essere aspirato o risucchiato (non garze, non fazzolettini)
- Slacciare cintura, cravatta
- Allertare il 118
- **Soccorso psicologico** e atteggiamento sereno al risveglio (il malato è esausto)

INFARTO DEL MIOCARDIO

Per ostruzione di un ramo delle arterie coronarie (trombosi) o per uno spasmo che perdura, si ha una ischemia prolungata in una zona del cuore, con conseguente morte delle cellule (necrosi) di quell'area.

SINTOMI

- Dolore **precordiale** costrittivo **prolungato** che dalla **zona dello sterno si irradia verso il collo, la spalla e il braccio sinistro fino al polso**
- Il dolore spesso si confonde con disturbi di digestione, peso allo stomaco
- Può esserci nausea e anche vomito
- Affanno, senso di angoscia
- Pallore (colorito grigio terreo) sudorazione fredda
- Dispnea (questo sintomo di per sé suggerisce la posizione semiseduta)



Localizzazione dolore dell'infarto

PRIMO SOCCORSO

- **IMMOBILITÀ ASSOLUTA**
- Far assumere al paziente la posizione meno dolorosa (antalgica): comunque posizione semiseduta per favorire la respirazione (ci si basa sul sintomo "dispnea")
- Anche se il paziente è pallido **NON** utilizzare la Posizione antishock perché favorendo il ritorno venoso al cuore si aumenterebbe il lavoro del cuore
- **Chiamata urgente al 118** spiegando segni e sintomi, ricordando che è **essenziale la tempestività dell'intervento**



AVVELENAMENTI

INDIGESTIONE

Detta "gastrite acuta" è un'afezione acuta a carico dell'apparato digerente: si manifesta con nausea, possibile vomito, dolori addominali, spesso diarrea. Causa può essere l'assunzione esagerata di cibo o bevande, o l'introduzione di cibi indigesti o di un eccesso di farmaci.



Si deve dubitare di una intossicazione più grave, di un **avvelenamento**:

- Se il **vomito** dura più di mezz'ora
- Se le **coliche** e la diarrea persistono oltre 1 ora
- Se **sopravvengono altri segni** (agitazione, delirio, stato di shock, ecc.)



AVVELENAMENTO

Stato patologico causato dall'assorbimento di sostanze tossiche e dall'azione che queste esercitano sulle principali attività fisiologiche. Conseguenze pesanti in molti casi sono previste a carico del **fegato e dei reni**, che possono subire danni irreparabili.

REGOLE GENERALI DI COMPORTAMENTO



- **NON** prendere iniziative per la somministrazione di antidoti specifici!
- **NON** somministrare alcolici
- **NON** somministrare latte a casaccio. Può essere favorito proprio dal latte l'assorbimento della sostanza tossica (es.. antiparassitari)



- **NON** far vomitare il paziente prima di aver ben valutato che tipo di sostanza ha ingerito
- **NON** si fa comunque mai vomitare un incosciente!

INUTILE PROVOCARE VOMITO

- nell'intossicazione da:
- TOSSINA BOTULINICA
 - FUNGHI



È UTILE PROVOCARE VOMITO

- nell'intossicazione da:
- ALIMENTI INFETTI (dolci, gelati, ecc.)
 - ANTIPARASSITARI
 - FARMACI
 - ALCOOL



NON SI DEVE MAI PROVOCARE VOMITO
negli avvelenamenti da **SOSTANZE CAUSTICHE**

Comportamento del soccorritore

- Se il soggetto è Cosciente chiedergli **che cosa ha ingerito**
- Se il soggetto è **Incosciente e respira: Posizione Laterale di Sicurezza e misure Antishock.**
- Se è **incosciente controllare le funzioni vitali**: se necessario praticare la RCP.
- Telefonare al 118 specificando "**avvelenamento**".
- Rivolgersi ad un Centro Antiveneni (laddove questo esiste) e chiedere informazioni.
- **Raccogliere** gli avanzi del cibo sospetto o della sostanza velenosa, un campione di materiale vomitato e un po' di urina: inviarli o portarli in Ospedale.

ALCOLISMO ACUTO



Si ha per ingestione di forti quantità di sostanze alcoliche sotto forma di vino, liquori, birra. Non si parla qui di "tossicodipendenza" (v. oltre) ma di un evento sporadico e cioè di una **intossicazione acuta** (ubriachezza). Non vi è una quantità precisa di alcol che dia avvelenamento; dipende dalla costituzione dell'individuo, dalla sua assuefazione, dalle circostanze. Se l'intossicazione è grave può portare ad arresto delle funzioni vitali.

L'alcol non è un eccitante come spesso si pensa. All'inizio è euforizzante perché sblocca i centri inibitori ed il soggetto in questa fase perde l'autocontrollo. **L'alcol è un depressore**

bulbare e come tale in dosi massicce può portare ad arresto respiratorio e ad arresto cardiaco.

SINTOMI

- inizialmente loquacità, vivacità, euforia
- con dosi maggiori:**
- sonnolenza, nausea, vomito, perdita dell'equilibrio
- Intossicazione grave**
- sonno profondo fino a coma
 - polso molto lento
 - depressione del respiro fino ad arresto

PRIMO SOCCORSO

- Cosciente: **PROVOCARE** il vomito.
- Far bere caffè forte.
- Paziente **Incosciente: NON** far vomitare!
- Se **respira**: Posizione Laterale di Sicurezza
 - Se **NON respira**: Respirazione Artificiale
 - Se **mancano segni di circolo**: praticare la RCP

ALCOLISMO CRONICO

È una tossicodipendenza: è dovuta all'abuso prolungato di sostanze alcoliche. L'alcool a lungo andare provoca danni irreparabili agli organi (es.: cirrosi epatica) e al sistema nervoso. L'etilista manifesta alterazione della personalità, disordine di vita, perdita della volontà.

Si arriva al "delirium tremens" che dimostra quanto il sistema nervoso sia gravemente intaccato: è caratterizzato da paurose allucinazioni, e da crisi furibonde di violenza.



CORPI ESTRANEI

Nell'OCCHIO

- **Non strofinare l'occhio**
- Fare agitare la palpebra sotto l'acqua corrente (es.: in caso di sabbia)
- Se il corpo estraneo è **infisso** (ad esempio una scheggia) **non tentare neppure di estrarlo: coprire entrambi gli occhi** (anche quello sano) e portare in un Ospedale (possibilmente Oftalmico) in ambulanza o comunque disteso con la **testa ben ferma**.

Nel NASO

- Non tentare di estrarre l'oggetto
- Premendo la narice libera far espellere l'aria e quindi il corpo estraneo dalla parte otturata; se la manovra non riesce, portare in Ospedale (reparto specialistico).

Nell'ORECCHIO

- Non estrarre l'oggetto
- Se è un insetto introdurre una goccia di olio tiepido. Se l'oggetto non esce facilmente inclinando il capo da quel lato, portare la persona da uno specialista.

PUNTURE DI INSETTI

Molti insetti introducono nella pelle un pungiglione, altri il loro siero.

PRIMO SOCCORSO

- Si può provare ad estrarre il pungiglione con pinzette disinfettate, **senza premere e senza insistere**

E' pericoloso



- **Il numero elevato di punture**
- **Il luogo della puntura:** faccia, lingua e gola (rischio di edema) vasi, occhio
- **Sensibilità individuale accentuata** (bambino, soggetto allergico). C'è rischio per alcuni di **shock anafilattico**
- In caso di shock o edema della glottide portare d'urgenza in un centro di rianimazione o in un reparto otorinolaringoiatrico (118 urgente)

MORSI DI ANIMALI

Sono pericolosi per la possibilità di infezione tetanica e per l'eventuale trasmissione della rabbia.

RABBIA

Infezione provocata dal morso di animali mammiferi (cane, gatto, volpe, lupo, topo, ecc.).

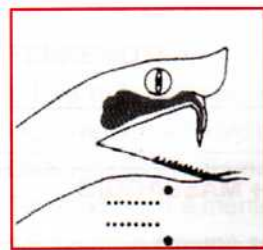
Il virus è contenuto nella saliva dell'animale malato che può trasmetterlo col morso o lambendo una lesione preesistente sulla pelle. **Particolarmente pericolosi i morsi alla testa e al collo.**

INCUBAZIONE: da 8 giorni (morso al capo) fino a due o tre mesi. Questo periodo così lungo permette di usare il vaccino come terapia.

SINTOMI: le tossine **attaccano il sistema nervoso:** spasmi, agitazione, urli, allucinazioni visive e acustiche, fobie (idrofobia: paura dell'acqua). Si arriva alla paralisi e alla morte

- **PRIMO SOCCORSO: Lavare e pulire la ferita (attenzione al tetano!. Se non si è vaccinati contro il tetano procedere alla sieroprofilassi).** .
- Rivolgersi **sempre** per consiglio ad un Ospedale Specializzato o all'Ufficio di Igiene che daranno indicazioni per eventuale vaccinazione antirabbica (valida sia come prevenzione che come profilassi immediata)

MORSO DI VIPERA



La vipera è lunga circa 60 cm. e ha la testa triangolare; la colorazione varia dal grigio al rosso mattone; tende a mimetizzarsi nell'ambiente in cui vive. Si distingue per la coda che è tozza mentre nei rettili innocui è lunga e sottile (è l'unico serpente velenoso in Italia).

La vipera è molto velenosa dopo il letargo perché il veleno nella ghiandola alla base dei due denti è riformato nella dose completa. La morsicatura lascia come segno l'impronta dei due denti veleniferi in due punti ravvicinati: come due punture di spillo

distanti tra loro circa 1 cm. da cui esce un liquido rossastro (sangue e siero)

SINTOMI

- Sensazione di puntura acuta che sparisce rapidamente
- Torpore ed **edema locale** (dopo 5/15 minuti). Poi l'edema si estende - la pelle diventa marmorizzata - dolori intensi
- Dopo mezz'ora malessere generale, sudorazione, angoscia
- Si può arrivare ad una **sindrome maligna** con emorragia, paralisi respiratoria e cardiaca (in mancanza di cure o nei bambini soprattutto).

PRIMO SOCCORSO

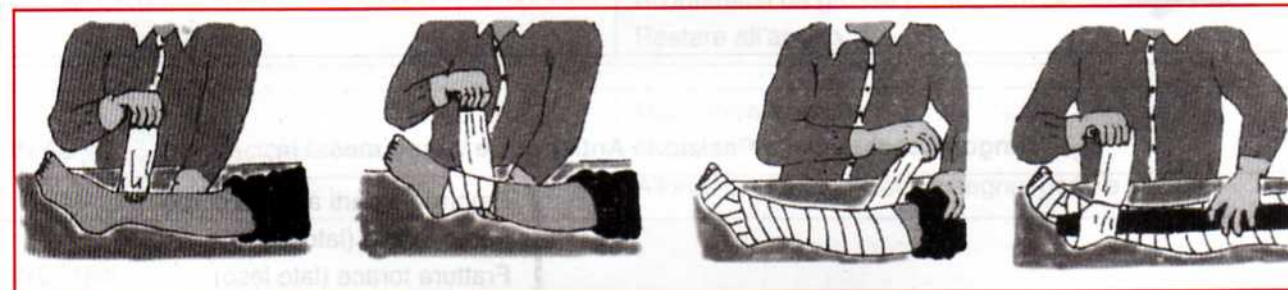
- **Tranquillizzare il paziente;**
- **Allertare il 118**
- Distenderlo in posizione di riposo per rallentare la circolazione (**non farlo camminare**; trasportarlo a braccia o in barella).



Il siero antivipera è ormai sconsigliato; si utilizza solo in caso di assoluta necessità:

- luoghi impervi ed isolati;
- attesa di soccorso che si protrae oltre le 2 ore;
- morsi vascolari o al collo e/o testa.

Se non si ha siero antiofidico o se si teme di usarlo o ancora nel caso si voglia trasportare senza correre troppi rischi c'è una **metodica che serve solo per gli arti**:




RICORDARE





- **non incidere fra i due punti di morsicatura** (si favorirebbe la diffusione del veleno);
- se si può, usare acqua fredda (scioglie il veleno);
- non usare **MAI alcool sulla morsicatura** (fisserebbe il veleno);
- il caffè forte e un buon antidoto. **MAI dare alcolici a bere**;
- **quando** si va in gita è bene usare scarponi alti, calzettoni spessi, pantaloni lunghi, **guardare** bene dove si mettono i piedi, picchiare in terra con un bastone nell'erba alta, **non sedersi** mai sulle pietraie, **controllare** bene il terreno prima di sedersi in un prato, chiudere bene le borse, non abbandonare golf o giacca al suolo;
- quando si va a funghi o a castagne guardare dove si mettono le mani; le vipere si annidano, mimetizzandosi, fra le foglie o sotto le pietre.

TAVOLA RIASSUNTIVA DEGLI INTERVENTI E DELLE PRINCIPALI POSIZIONI


Inconsciente che non respira (asfissia)	RESPIRAZIONE ARTIFICIALE
Inconsciente che non respira e in arresto cardiaco	RESPIRAZIONE ARTIFICIALE + MASSAGGIO CARDIACO


 <p>POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA Inconsciente che respira</p>	}	<p>(Traumi cranici (se si esclude rischio per colonna vertebrale) Avvelenamenti Ubbriachezza Colpo di sole Colpo di calore Folgorato che respira Inconoscenza da malattia (es. coma diabetico)</p>
---	---	--

 <p>POSIZIONE ANTISHOCK Per prevenire lo shock, anche se non compaiono sintomi, in incidenti gravi</p> <p>Nei pallori</p>	}	<p>Emorragie Ustioni Ferite e contusioni gravi Fratture gravi Avvelenamenti Spaventi</p> <p>Lipotimia Collasso cardiocircolatorio Sincope</p>
--	---	---

 <p>POSIZIONE ANTISHOCK + POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA Inconsciente</p>	
---	--

Vengono esclusi dalla Posizione Antishock e vanno messi in:

 <p>POSIZIONE SEMISEDUTA</p>	}	<p>Emorragie parti alte del corpo Ferite torace (lato lesa) Fratture torace (lato lesa) Dispnoici</p> <p>Rossori al viso Congestione cerebrale Emorragia cerebrale</p> <p>Infarto del miocardio Edema polmonare acuto</p>
---	---	--

 <p>Posizione per frattura di bacino, per traumi o ferite all'addome</p>	
---	--

- > Il sospetto fratturato di colonna **non va mosso** tranne casi eccezionali
- > Al traumatizzato cranico **non sollevare** gli arti inferiori: basta la Posizione Laterale di Sicurezza orizzontale.