

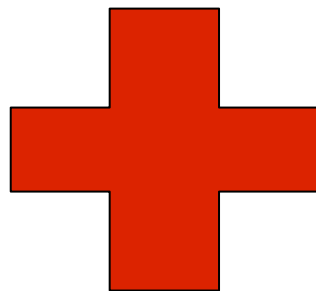


ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE
con sez.ass. I.T.Ag. – I.T.I.S. –I.P.S.C.T.
via degli alpini, n. 1
33097 - SPILIMBERGO (PN)
Tel. 0427/40392 - Fax 0427/40898
e-mail istsup@isspilimbergo.it -
segreteria@isspilimbergo.it
www.isspilimbergo.it

SINCERT



CORSO DI PRIMO SOCCORSO AZIENDALE



per Addetti al servizio di Primo Soccorso

A cura del dott. Pio De Angelis
medico competente
dell'Istituto d'Istruzione Superiore
di SPILIMBERGO

INDICE:

Cenni sulla normativa riguardante il Primo soccorso:

- Art. 41 D.Lgs. 81/08
- D.M. 388/03
- Art. 54 e 55 C.P.

L'emergenza sanitaria:

- l'arrivo sul luogo dell'emergenza
- accertamento delle condizioni del soggetto
- tecniche di autoprotezione del personale addetto al soccorso

Lesioni traumatiche:

- ferite ed emorragie
- ustioni ed elettrocuzione
- fratture, distorsioni e lussazioni
- traumi cranici e della colonna vertebrale

Malori:

- perdita di coscienza (dalla lipotimia all'attacco epilettico)
- infarto del miocardio
- ictus cerebrale
- shock
- arresto cardiorespiratorio

Le intossicazioni acute da:

- alcool
- cocaina, marijuana ed ecstasy
- eroina.

NORMATIVA RIGUARDANTE GLI ADDETTI AL PRIMO SOCCORSO

La normativa riguardante gli addetti al primo soccorso aziendale, risiede nelle seguenti norme di legge:

- il D.M. 388/2003 (disposizioni sul Primo soccorso)
- il D.Lgs.81/08 e successive modifiche (testo unico sulla sicurezza sul lavoro)
- lo Stato di necessità (previsto dal Codice Penale)

Il Primo soccorso, previsto già dal D.Lgs. 626/94 è normato dall'art. 45 del D.Lgs. 81/08, successivamente modificato con il D.Lgs. 106 del 3/8/2009.

il suddetto articolo 45 stabilisce:

Primo soccorso

1. Il datore di lavoro, tenendo conto della natura della attività e delle dimensioni dell'azienda o della unità produttiva, sentito il medico competente ove nominato, prende i provvedimenti necessari in materia di primo soccorso e di assistenza medica di emergenza, tenendo conto delle altre eventuali persone presenti sui luoghi di lavoro e stabilendo i necessari rapporti con i servizi esterni, anche per il trasporto dei lavoratori infortunati.

2. Le caratteristiche minime delle attrezzature di primo soccorso, i requisiti del personale addetto e la sua formazione, individuati in relazione alla natura dell'attività, al numero dei lavoratori occupati ed ai fattori di rischio sono individuati dal decreto ministeriale 15 luglio 2003, n. 388 e dai successivi decreti ministeriali di adeguamento acquisito il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Il D.M. 388/2003, richiamato nell'art. 45 su citato, suddivide con l'art. 1 le aziende in 3 fasce (A, B e C) a seconda della loro complessità e stabilisce il livello di formazione che deve avere l'addetto al Primo soccorso a seconda della categoria dell'azienda in cui lavora (16 ore di corso per le aziende in fascia A e 12 per quelle in fascia B) quindi stabilisce con l'art. 2 l'organizzazione del Pronto soccorso, prevedendo (in un apposito allegato) le attrezzature minime che il datore di lavoro deve garantire, fra cui la cassetta del Primo soccorso.

Dopo 50 anni, viene quindi regolamentato il contenuto (MINIMO) di questa cassetta, attraverso l'allegato che si riporta di seguito:

Contenuto della cassetta di Primo soccorso:

- Guanti sterili monouso (5 paia)
- Visiera paraschizzi
- Flacone di soluzione cutanea di iodopovidone al 10% di iodio da 1 litro (1)
- Flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro - 0,9%) da 500 ml (3)
- Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole (10)
- Compresse di garza sterile 18 x 40 in buste singole (2)
- Teli sterili monouso (2)
- Pinzette da medicazione sterili monouso (2)
- Confezione di rete elastica di misura media (1)
- Confezione di cotone idrofilo (1)
- Confezioni di cerotti di varie misure pronti all'uso (2).
- Rotoli di cerotto alto cm. 2,5 (2)
- Un paio di forbici
- Lacci emostatici (3)
- Ghiaccio pronto uso (due confezioni)
- Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari (2)
- Termometro
- Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa.

Orbene, poiché l'art. 2 del su citato D.M. prevede:

1. Nelle aziende o unità produttive di gruppo A e di gruppo B, il datore di lavoro deve garantire le seguenti attrezzature:

a) cassetta di pronto soccorso, tenuta presso ciascun luogo di lavoro, adeguatamente custodita in un luogo facilmente accessibile ed individuabile con segnaletica appropriata, contenente la dotazione minima indicata nell'allegato I, che fa parte del presente decreto, da integrare sulla base dei rischi presenti nei luoghi di lavoro e su indicazione del medico competente, ove previsto, e del sistema di emergenza sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale, e della quale sia costantemente assicurata, la completezza ed il corretto stato d'uso dei presidi ivi contenuti.

Appare ovvio che:

1. il contenuto minimo previsto dalla tabella di legge, va integrato in collaborazione col medico competente, sulla base dei rischi presenti in azienda
2. **la tenuta e l'aggiornamento del contenuto della cassetta sono compiti precipui dell'addetto al Primo soccorso** che dovrà quindi segnalare al datore di lavoro la necessità della sostituzione e del reintegro dei presidi sanitari contenuti nella cassetta, garantendo così che il contenuto minimo (definito a livello aziendale) sia sempre presente.

L'apparentemente incongruo richiamo fatto all'art. 54 del codice penale, si ritiene utile per fugare alcuni dubbi e timori che possono insorgere durante l'attività del soccorso.

Posto infatti che uno dei più importanti principi ispiratori dell'addetto al Primo soccorso (così come del resto per ogni operatore del settore sanitario) è il *primum non nocere* (quindi per prima cosa "non fare danni") è pur vero, che bisogna sempre tener presente la situazione in cui si agisce.

LO STATO DI NECESSITÀ previsto dal codice penale, va proprio in questo senso:

Art. 54. Stato di necessità

Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo.

Da quanto sopra, appare chiaro che, se il prestare soccorso comporta delle responsabilità anche penali, bisogna sempre tener presente nell'agire la situazione del momento, considerando che non potrà mai essere condannato il soccorritore che, trasportando un politraumatizzato con lesioni vertebrali, causa a questo lesioni midollari, se il trasporto è stato dettato dalla necessità di salvare l'infortunato dalle fiamme!

Dopo questi brevi cenni legislativi, riguardanti la materia del Primo soccorso e rinviando ai trattati di anatomia e alle diapositive del corso le nozioni di base di anatomia, si ritiene opportuno descrivere gli elementi utili alla gestione del soccorso, nel tentativo di realizzare un "manuale" utile al ripasso di quanto trattato durante il corso.

ARRIVO SUL POSTO DELL'EMERGENZA

Il primo ostacolo da affrontare in caso di emergenza è "l'arrivo sul posto"!

In qualunque luogo vi sia un'emergenza infatti (specialmente se si viene chiamati) si trovano diverse persone attorno al malato, alcune solamente in fase di spettatori, altre agitate ed intenzionate o intente a fare qualcosa.

È utile in questo caso, avere presente un protocollo di comportamento, che pur variando parzialmente da persona a persona, anche in base al carattere del soccorritore, deve diventare caratterizzare il proprio *modus operandi*.

Per questo, si schematizzeranno di seguito alcuni consigli su come comportarsi quando si arriva sul luogo dell'emergenza dove sono già giunte diverse persone e cosa fare invece, quando si arriva per primi, perché quando si arriva sul posto dell'emergenza è indispensabile avere le idee chiare sul da farsi e fare ciò che si deve, secondo una scaletta di priorità ben precise.

PRIMA COSA DA FARE IN CASO DI ARRIVO SUL POSTO AFFOLLATO

- chiedere spazio
- allontanare le persone più vicine al malato
- chiedere se è stato già chiamato il 118
- chiedere se c'è qualcuno che ha visto cosa è successo.

PRIMA COSA DA FARE IN CASO DI ARRIVO SUL POSTO PER PRIMI

Poiché la sicurezza del soccorritore è prioritaria, è indispensabile, di fronte ad uno scenario con una persona a terra, priva di conoscenza, soprattutto se al chiuso, verificare le condizioni di sicurezza dell'ambiente!

Per prima cosa quindi:

- escludere la presenza di gas o sostanze tossiche nell'ambiente (prima di fare questa verifica spalancare quindi le finestre!)
- guardare la posizione del corpo (un corpo ai piedi di una scala, in posizione scomposta, deve far pensare ad una caduta così come un corpo raggomitato su se stesso, deve far pensare ad un malore accompagnato da forte dolore o ad una aggressione)
- verificare la presenza accanto al corpo di scale a pioli o di fili elettrici (una persona folgorata, potrebbe ancora essere attraversata da corrente elettrica)
- cercare intorno l'eventuale presenza di siringhe, bottiglie di alcoolici o farmaci (la presenza di questi oggetti, deve far pensare ad una intossicazione acuta)

SECONDA COSA DA FARE UNA VOLTA CHE CI SI È FATTI SPAZIO E SI È VERIFICATO LE CONDIZIONI DI SICUREZZA AMBIENTALI

VERIFICARE LE CONDIZIONI DEL SOGGETTO

SE RISPONDE:

- spiegherà l'accaduto! in questo caso, verificare anche la lucidità mentale del soggetto chiedendo nome, cognome, se ricorda che giorno è, se ricorda dove si trova etc.: l'assenza di lucidità mentale deve preoccupare ed indurre a chiamare il 118 come prima cosa.
- il soggetto va quindi tenuto calmo! se cerca di alzarsi, chiedere se sente dolori, in caso positivo, dove; ascoltare il respiro, prendere il polso (è utile anche perché crea un rapporto diretto, psicologicamente rassicurante per il malato)
- **infine chiamare soccorsi!**

La situazione più brutta per un soccorritore, è trovarsi da solo, di fronte ad un soggetto che non risponde!

Anche in questo caso e forse soprattutto in questo caso, è importante ricordare i vari passaggi di quello che è un vero e proprio protocollo di comportamento.

Quando si arriva sul posto e si trova una persona a terra apparentemente priva di coscienza, prima di confermare questa diagnosi, ricordarsi di sollecitare la persona chiamandola a voce alta, scuotendogli leggermente le spalle!

SE LA PERSONA A TERRA NON RISPONDE

la prima cosa da fare è:

VERIFICARE I PARAMETRI VITALI

I segni vitali da ricercare sono:

▪ **polso:**

vanno ricercati la frequenza, il ritmo e la forza.

La frequenza del polso nell'adulto a riposo è di 60-80 battiti per minuto.

Il persistere di frequenze superiori o inferiori ai suddetti intervalli, o la presenza di notevole aritmia, richiede un'immediata assistenza medica.

▪ **respiro:**

vanno ricercati la frequenza, il ritmo e la qualità del respiro.

La frequenza del respiro nell'adulto a riposo è di 12-20 per minuto. Anche qui il persistere di frequenze al di fuori dei parametri richiede un'immediata assistenza medica.

Da non sottovalutare la presenza di rumori respiratori che possono essere segno di ostruzione delle vie respiratorie.

SE NON RISPONDE MA RESPIRA

Un soggetto che non risponde alle sollecitazioni, specialmente se il respiro è irregolare, è molto probabilmente in coma!

In tal caso è utile effettuare rapidamente un esame obiettivo per dare qualche indicazione al 118.

ESEGUIRE UN ESAME OBIETTIVO

Con l'esame obiettivo si devono ricercare i segni che possano dare delle indicazioni sulle cause che hanno determinato lo stato del malato.

▪ **se possibile** misurare la pressione sanguigna:

indicano gravità valori di pressione sistolica nell'adulto superiori a 180 mmHg o inferiori a 90 mmHg, valori di pressione diastolica superiore a 110 mmHg o inferiore a 60 mmHg.

In ogni caso verificare:

▪ **temperatura cutanea:**

sentire col dorso della mano la cute e cercare di rilevare le condizioni della pelle: calda, fredda, secca o umida.

▪ **pupille:**

controllare se sono dilatate o ristrette, se reagiscono alla luce o se hanno dimensioni diverse tra di loro (una pupilla che reagisce alla luce ed una che non risponde, è indice di danno cerebrale).

▪ **tipo di respiro:**

un respiro molto profondo e forzato può essere indicativo di chetoacidosi diabetica o embolia polmonare.

Un respiro irregolare, con periodi di alta frequenza e periodi di bassa frequenza (o addirittura apnea) è indice di grave compromissione cerebrale. Un respiro stridente soprattutto in fase di inspirazione, può essere indice di asma.

Controllare anche:

- la colonna cervicale:

ricercare, applicando una leggerissima pressione con i polpastrelli delle dita, una eventuale dolorabilità della colonna cervicale (la cosa è realizzabile solo se il soggetto risponde).

Anche il solo sospetto di un trauma in questa regione autorizza a utilizzare qualsiasi mezzo a disposizione per immobilizzare il rachide cervicale. (l'immobilizzazione va eseguita tenendo presente che non si deve muovere la testa).

- il cranio e il viso:

ispezionarli e verificare la presenza di qualsiasi affossamento o protuberanza che possa indicare l'esistenza di una frattura. Rilevare l'eventuale fuoriuscita di sangue o liquidi trasparenti dal naso o dalle orecchie (indizio di possibile frattura della base cranica).

- la colonna dorso-lombare:

come per la colonna cervicale e anche nel solo sospetto di una lesione, procedere immobilizzando l'intera colonna vertebrale.

- il torace:

verificare che si espanda uniformemente.

- gli arti superiori e inferiori:

osservare attentamente al fine di rilevare l'esistenza di lesioni, di riduzioni della mobilità o della sensibilità e dell'efficacia della circolazione, ricercando i polsi periferici: polso radiale, polso pedidio, polso tibiale posteriore.

FARE CHIAMARE IL 118, DICENDO A CHI CHIAMA COSA DEVE RIFERIRE E IL LUOGO IN CUI CI SI TROVA!

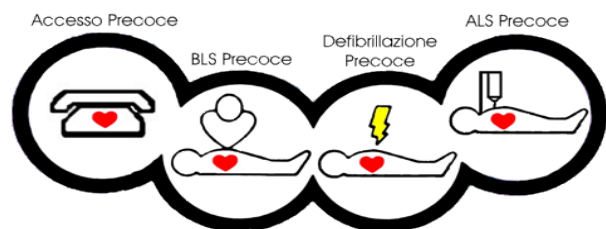
RIMANERE SUL POSTO E VERIFICARE IL PERSISTERE DEI PARAMETRI VITALI!

SE IL PAZIENTE NON RESPIRA:

CHIAMARE IL 118 E DIRE CHE C'È UNA PERSONA IN ARRESTO CARDIOCIRCOLATORIO, SPECIFICANDO IL LUOGO!

Quindi:

- aprire le vie aeree
- praticare 2 insufflazioni
- controllare il polso carotideo



se dopo 5-10 secondi di rilevazione il polso è assente, praticate la rianimazione cardiopolmonare!

RICORDARE LA CATENA DELLA SOPRAVVIVENZA!

Cosa non fare:

- non piegare mai la testa del soggetto se non è possibile escludere con certezza una lesione alla colonna cervicale; lo stesso vale nei riguardi della colonna dorso-lombare
- non cercare di aprire gli occhi di un paziente con ustioni o altre lesioni alle palpebre
- non cercare di tamponare il sangue che fuoriesce dall'orecchio o dal naso; farlo defluire liberamente
- non cercare di estrarre eventuali oggetti conficcati nel corpo del paziente; immobilizzarli così come si trovano
- non cercare di mettere in asse un'eventuale frattura angolata agli arti, se si incontra anche una minima resistenza o se la manovra risulta particolarmente dolorosa; immobilizzare l'arto così come si trova, avendo cura di verificare la presenza del polso periferico.

TECNICHE DI AUTOPROTEZIONE

Oltre agli accorgimenti descritti nel capitolo “Arrivo sul posto dell’emergenza”, riguardanti la comprensione e la ricerca di eventuali pericoli presenti sul luogo dell’emergenza, si rammentano le misure igienico sanitarie da rispettare, al fine di evitare il potenziale contagio di malattie:

- in tutti i casi in cui si presta soccorso per ferite sanguinanti o ustioni di 3° grado USARE I GUANTI
- in caso di respirazione artificiale USARE LA MASCHERA CON VALVOLA ANTI REFLUSSO
- in caso di contaminazione di una vostra ferita, col sangue o altri liquidi organici, di un paziente soccorso, lavare abbondantemente e disinfettare la parte con alcool e Betadine
- in caso di contaminazione oculare, con sangue o altri liquidi organici, lavare abbondantemente e, sia in questo che nel caso precedente, parlarne col proprio medico curante, il quale, oltre alle cure del caso, effettuerà eventuale segnalazione all’INAIL, nel caso in cui l’evento si sia realizzato in occasione di lavoro
- poiché un soccorritore, può trovarsi impegnato anche in situazione di incendio, è opportuno ricordare alcune semplici regole di comportamento, tenendo presente che più del 50% dei decessi in caso di incendio, avvengono per soffocamento:

RISPETTARE LA COMPARTIMENTAZIONE

Si attua interponendo ogni possibile ostacolo al diffondersi di fumo e fiamme.

Quindi ogni porta che si apre per raggiungere la salvezza, deve essere prontamente richiusa, in modo particolare le porte che mettono in comunicazione i luoghi invasi dal fumo con altri non coinvolti (es. il vano scale).

Ricordare sempre che:

- una porta chiusa rallenta notevolmente l’avanzata di un incendio e ferma la propagazione dei fumi
- una porta bagnata e isolata può resistere al fuoco anche per parecchio tempo, soprattutto se spessa
- se non si chiudono le porte di comunicazione con i vani scala, i fumi precludono la via di fuga, diffondendosi facilmente per “l’effetto camino”.

Se si resta intrappolati in una stanza:

- raggiungere il balcone, riaccostate la porta-finestra e attendere l’arrivo dei soccorsi, chiamando aiuto
- se fumo e fiamme hanno invaso il corridoio e nella stanza non c’è il balcone, rimanere nella stanza, bagnare il più possibile la porta e il pavimento, spingere negli interstizi (tra uscio e stipite) stracci, tende o quant’altro inzuppato d’acqua

Se l’unica possibilità di salvezza è l’abbandono del locale:

- prepararsi ad affrontare il fumo!
- procedere carponi (per la visibilità ed il minor calore), mettere un fazzoletto bagnato davanti alle vie respiratorie (farà da filtro improvvisato), percorrere le stanze, seguendo il perimetro (al centro c’è più pericolo di crollo) toccate i muri con il dorso della mano (per i rischi derivanti da tetanizzazione (contrattura) muscolare conseguente ad elettrocuzione e per il rischio ustioni da calore), scendere le scale camminando carponi e a ritroso (maggior stabilità e più facile identificazione di ostacoli).

Se si deve aprire una porta:

- sfiorare prima la maniglia con il dorso della mano: se scotta non apritela! se invece è fredda, aprirla con precauzione, tenendosi bassi e al riparo (pericolo di vampata violenta e improvvis) richiudere comunque la porta, una volta varcata.

FERITE ED EMORRAGIE

Le ferite sono le lesioni più frequenti da affrontare!

Possono essere più o meno estese, più o meno superficiali, con profondità varia a seconda che interessino la sola cute o anche le strutture anatomiche sottostanti, come i tendini e i muscoli.

In caso di interessamento di organi interni (ferite del cranio, del torace, dell'addome) si parla di ferite penetranti.

In base all'agente materiale che le ha provocate, le ferite assumono aspetti diversi, che possono essere così schematizzati:

- ferite lacero-contuse: i lembi della ferita sono irregolari, per con schiacciamento o strappamento della pelle (es. la ferita provocata dall'urto contro un ostacolo rigido)
- ferite da taglio: i lembi sono regolari, netti (è il caso di ferite causate da strumenti affilati, come un coltello, una lamiera, un cocciò di vetro)
- ferite da punta e da punta-taglio (è il caso della ferita profonda o penetrante da chiodo, spillone, coltello)
- ferite d'arma da fuoco.

L'EMORRAGIA CONSEGUENTE A UNA FERITA PUÒ ESSERE VENOSA O ARTERIOSA

Nel primo caso il sangue fluisce all'esterno con continuità, mentre nel secondo sgorga a fiotti intervallati, concomitanti con la contrazione sistolica del cuore. La lesione di un'arteria è un'emergenza sempre grave che richiede l'immediato ricovero in ospedale dell'infortunato.

Cosa fare:

per fermare la perdita di sangue da una ferita **ci sono tre possibilità:**

- premere direttamente sulla ferita
- sollevare la parte sanguinante
- comprimere l'arteria che rifornisce l'area sanguinante, a monte della ferita.

In caso di emorragia venosa:

- sdraiare l'infortunato in posizione orizzontale e sollevare la parte sanguinante, a meno che non si sospetti una frattura
- se la ferita è ampia accostare fra loro i margini e teneteli uniti, premendo saldamente con la punta delle dita per una decina di minuti
- premere sulla ferita un pacco di garze, una benda arrotolata o un fazzoletto ripiegato più volte e fermarlo con cerotto a nastro o benda ben aderente e stretta.

Conservate una pressione costante sulla ferita per 20-30 minuti.

Questa medicazione (detta bendaggio compressivo) deve stringere senza bloccare il flusso arterioso. Per assicurarsi di ciò, chiedere direttamente all'infortunato se avverte formicolii, verificare il colore delle unghie (delle unghie bluastre sono indice di scarsa perfusione arteriosa, oppure comprimere un'unghia dell'arto offeso fino a farla impallidire: se entro 3 secondi dal rilascio della compressione torna di colorito normale, il flusso arterioso è rispettato, altrimenti allentare la benda - unitamente alla pressione diretta è utile sollevare la parte ferita in modo che si trovi sopra il livello del cuore).

In caso di emorragia arteriosa:

Soprattutto se questa è di dimensioni importanti, sarà necessario comprimere l'arteria a monte della ferita.

La compressione dell'arteria avviene comprimendola contro l'osso con la punta delle dita o con la mano chiusa a pugno in punti precisi, situati tra la ferita e il cuore, che variano a seconda dell'area interessata dall'emorragia.

La compressione dei punti arteriosi è generalmente efficace nel controllo dell'emorragia ed evita di ricorrere all'applicazione di un laccio emostatico, che verrà utilizzato solo nell'esistenza

contemporanea di più ferite, o come soluzione estrema.

I principali punti di compressione arteriosa sono:

1. nella cavità ascellare; in caso di strappo o ferita sulla parte alta del braccio (vicino la spalla)
2. sul braccio, a metà tra spalla e gomito, sul lato interno; in caso di ferite al braccio
3. alla piega del gomito; in caso di ferita all'avambraccio
4. alla piega dell'inguine; con il pugno, a braccio teso, in caso di ferita vicino alla piega dell'inguine
5. nella faccia interna della coscia; con il pugno a braccio teso, in caso di ferita alla coscia
6. all'incavo del ginocchio; con il pollice in caso di ferita sotto il ginocchio (polpaccio) alla carotide con il pollice, in caso di ferite al collo.

Se con le metodiche precedenti non si arresta l'emorragia, bisogna ricorrere all'uso del laccio emostatico come ultima risorsa.

L'uso del laccio emostatico:

Deve essere considerato come **l'ultima possibilità** per fermare una emorragia arteriosa, giacché un uso improprio di questo metodo, espone al rischio di gangrena!

Dovendo utilizzare il laccio emostatico sarà necessario quindi, osservare alcune norme fondamentali:

1. utilizzare un laccio emostatico ampio o servitevi di un oggetto (per esempio una matita) per stringere il laccio
2. il laccio emostatico deve essere stretto fino ad arrestare l'emorragia, e non oltre
3. annotare sempre l'ora esatta di applicazione del laccio scrivendola sugli abiti o sulla fronte del ferito
4. trasportare rapidamente l'infortunato al più vicino ospedale
5. il laccio va posto solo agli arti, al di sopra del ginocchio o del gomito **no sotto il ginocchio o sotto il gomito.**

Cosa non fare:

- non rimuovere mai un bendaggio compressivo una volta applicato; una tale procedura potrebbe far riprendere l'emorragia
- il laccio emostatico può essere allentato dopo 20-30 minuti (esercitando e mantenendo contemporaneamente una compressione sull'arteria) per 5-6 minuti, **solamente** se si prevede che i tempi di trasporto siano ancora molto lunghi
- non sollevare la parte ferita in caso di frattura o lussazione, o in caso di presenza di corpi estranei conficcati negli arti o di possibili lesioni spinali.

INTERVENTI DI PRIMO SOCCORSO IN CASO DI FERITA CON CORPI ESTRANEI RITENUTI

- **Nelle ferite:** non estrarli, lo farà il medico, circondarli con improvvisate imbottiture se sporgenti e coprirli con teli sterili o bende.
- **Nell'occhio:** dopo aver lavato abbondantemente l'occhio sotto acqua corrente, tentare delicatamente l'asportazione, se si tratta di materiale superficiale e non conficcato. **Non** strofinare la palpebra e bendare l'occhio.
- **Nel naso:** non tentare l'asportazione.
- **Nell'orecchio:** non tentare l'asportazione.
- **Nelle vie respiratorie:** 5 colpi tra le scapole, tentativo di rimozione digitale, manovra di Heimlich.
- **Nell'esofago:** se possibile somministrare piccoli sorsi di olio di vaselina.

ALCUNI TIPI DI EMORRAGIE

L'Epistassi (o fuoriuscita di sangue dal naso)

Può essere dovuta a vari motivi (dal trauma diretto sul naso, alla presenza di alterazioni delle vene della mucosa nasale, a coagulopatie, ipertensione arteriosa etc).

In caso di perdita di sangue dal naso, mettere il paziente seduto, con il busto eretto e il capo leggermente inclinato in avanti. Questo permette la fuoriuscita del sangue dal naso senza ostruire le vie respiratorie. Per tamponare l'epistassi si possono comprimere le narici con due dita per 5-10 minuti.

Applicare ghiaccio sulla base del naso, a livello della fronte e sulla nuca.

Se l'emorragia persiste, accompagnare il malato in ospedale.

Non inserire del cotone nelle narici.

L'ematemesi (emissione di sangue dalla bocca con vomito)

Dovuta per lo più a dilatazione delle vene esofagee (varici) è una grave forma di emorragia spontanea.

Il trattamento è solo ospedaliero!

Chiamare il 118 o trasportare d'urgenza in ospedale!

Altre forme di emorragie spontanee, come l'emottisi (sangue emesso dalla bocca con la tosse) o la melena (sangue emesso con le feci) sono argomenti di stretta competenza medica che, al soccorritore, comportano un solo adempimento: l'invio urgente in ospedale!

USTIONI

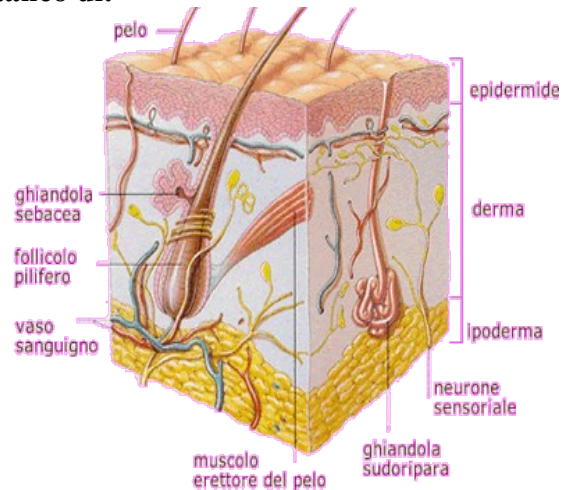
Possono essere classificate in base all'agente causale o in base alla profondità di interessamento cutaneo.

in base all'agente causale da:

- agente termico (da fiamma, da oggetto molto caldo, da vapore)
- agente chimico (numerosi acidi e basi)
- elettricità (ricordare che l'ustione da folgorazione, è presente non solo sul punto di entrata della corrente elettrica, ma anche su quello di uscita)
- radiazioni (luminose o ionizzanti)

in base alla profondità di interessamento cutaneo di:

- 1° grado (è interessata solo l'epidermide, con rossore e lieve edema)
- 2° grado (viene ad essere interessato anche il derma, ma senza danno agli strati profondi, si formano vesciche nell'arco di 24 ore)
- 3° grado (il derma viene gravemente danneggiato e possono essere interessati anche gli strati più profondi, come il grasso e il muscolo) spesso la zona interessata presenta colori diversi della pelle, più scura in alcune zone, bianca in altre) carbonizzazione



Cosa fare:

Tranne alcune eccezioni, il primo trattamento consiste nel raffreddare la parte con acqua.

Solamente dopo aver fatto questo si può provare a togliere i vestiti, facendo molta attenzione e se del caso, tagliandoli con una forbice bottonuta (meglio non sfolarli).

In caso di ustione estesa avvolgere la parte (dopo averla bagnata abbondantemente) in un telo umido e mantenerlo bagnato durante il trasporto in ospedale.

Se l'uso dell'acqua, è utile nelle ustioni da calore, per raffreddare la parte e ridurre quindi il danno, è altrettanto utile nelle ustioni chimiche, per diluire ed asportare la sostanza che ha determinato la lesione.

L'acqua non andrà usata solamente nei seguenti casi:

Ustioni da:

- calce secca (prima bisogna toglierla, spazzolandola dai vestiti, dai capelli, dalla pelle) e solo dopo lavare abbondantemente (meglio se sotto acqua corrente)
- fenolo (usare alcool per toglierlo dalla pelle sana) lavare solo dopo aver pulito con alcool, con acqua corrente.

In qualunque tipo di ustione, non usare mai pomate, creme, olio, spray o quant'altro!

In caso di ustioni interessanti gli occhi

- sciacquare immediatamente sotto getto moderato di acqua corrente, possibilmente con getto obliquo diretto dall'angolo mediale dell'occhio verso l'angolo laterale (specialmente se trattasi di ustioni chimiche)
- invitare l'infortunato ad aprire gli occhi sotto il getto dell'acqua ed in caso di impossibilità, tentare delicatamente, intervenendo sulle palpebre, dal lato esterno dell'occhio lesa
- continuare il lavaggio anche durante il trasporto in ospedale.

Le ustioni da elettrocuzione:

Devono essere trattate allo stesso modo di quelle da calore, ricordando che: prima di soccorrere una persona folgorata da corrente elettrica bisogna verificare che non sia ancora a contatto con la corrente!

Fatto questo, SE IL SOGGETTO è VIGILE, verificare l'eventuale presenza di ustioni (ricordando che se c'è una ustione con foro di entrata della corrente, molto probabilmente vi sarà anche un foro ed una ustione, corrispondente al luogo di uscita della corrente).

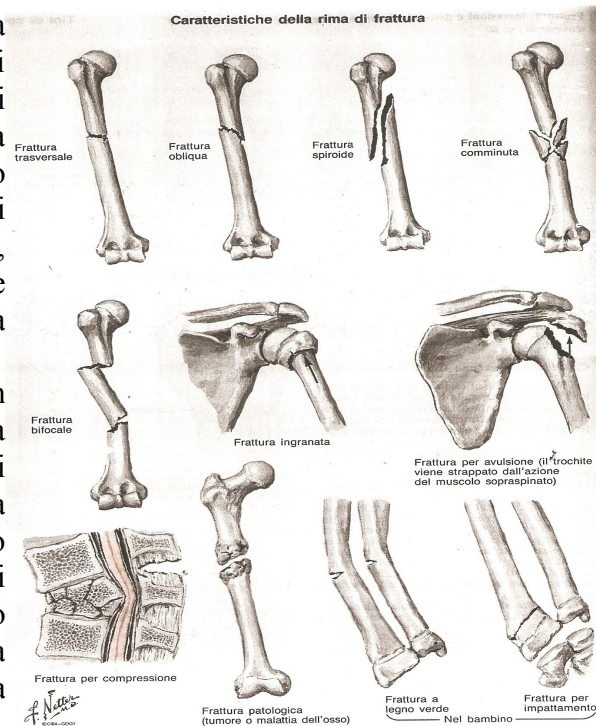
SE IL SOGGETTO È PRIVO DI COSCIENZA verificare i parametri vitali!

RICORDARE CHE, IN CASO DI ELETTROCUZIONE, PUÒ INFATTI INSORGERE UN ARRESTO CARDIACO PER GRAVI DISTURBI DEL RITMO! QUINDI TENERSI PRONTI PER EVENTUALE RIANIMAZIONE!

FRATTURE E LUSSAZIONI

In base alla modalità di rottura dell'osso, si distinguono diversi tipi di frattura (Vedi figura sotto). In base alla gravità (per quel che interessa al soccorritore) distinguiamo invece 3 tipi di fratture:

- la **frattura chiusa** ha luogo quando un osso viene rotto senza però che vi sia perforazione della pelle. In molti casi di fratture chiuse, il danno ai tessuti molli è di modesta entità. A volte, a causa dello spostamento delle estremità o della scheggia ossea, il danno ai tessuti molli può risultare considerevole, nonostante possa essere difficilmente rilevabile. È possibile che l'emorragia interna sia copiosa;
- la **frattura esposta** si può verificare in due modi. Nel primo caso, la frattura dell'osso è associata a lesioni dei tessuti molli che si estendono dalla frattura stessa all'esterno della pelle, che può infatti risultare perforata da frammenti ossei. Nel secondo caso, la frattura può essere provocata da una ferita penetrante che si estende quindi dalla pelle all'osso lesionato;
- la **frattura scomposta** comporta la rottura di un osso e l'assunzione, da parte di un arto o di una articolazione, di una forma anomala. Le fratture scomposte possono essere di entità media o molto grave e si possono verificare sia con le fratture chiuse sia con le fratture esposte.



Non è agevole diagnosticare una frattura chiusa e composta, senza un esame radiologico, molti sintomi (il dolore, la limitazione funzionale la deformità, possono essere dovuti anche ad altre lesioni come distorsioni o lussazioni) ad ogni buon conto, si riportano di seguito i sintomi riscontrabili più frequentemente nelle fratture.

Sintomi della frattura

- dolore intenso
- impossibilità di usare l'arto
- movimenti anomali
- gonfiore
- ecchimosi
- deformità
- scomparsa del polso distale (segno molto grave che indica l'interruzione della circolazione a valle della lesione)
- perdita della sensibilità (possono essere lesi i nervi preposti alla sensibilità)
- shock e perdita di conoscenza (possibili).

Complicanze

Le fratture (così come le lussazioni) possono causare sofferenza dei nervi o danni ai vasi sanguigni

che corrono in prossimità dell'osso.

Evitare quindi di muovere l'infortunato (a meno che non sia in pericolo di vita) nel caso di fratture agli arti inferiori (specialmente se esposte o con importante deformazione) e soprattutto se si sospetta la presenza di fratture alla schiena o al collo.

Cosa fare:

- se la frattura è esposta proteggere la ferita dalla contaminazione microbica; tamponare eventuali emorragie e chiamare il 118
- se la frattura di un arto non è esposta e non vi sono particolari deformazioni, si può tentare di immobilizzare la parte offesa, sollevando successivamente l'arto, per diminuire così il flusso di sangue nella zona e riducendo dolore e gonfiore
- **UTILE L'APPLICAZIONE DI GHIACCIO SULLA PARTE!**
- in caso di immobilizzazione di arto fratturato controllate sempre il polso distale se il polso scompare dopo l'applicazione dell'immobilizzazione, rimuoverla!
- adottare le misure di prevenzione dello shock e chiamate il 118
- il trasporto in ospedale è necessario per qualsiasi tipo di frattura, ma bisogna ricordare che il dolore causato da manovre errate è uno dei fattori scatenanti dello shock.

Attenzione!

Ogni soggetto traumatizzato e con perdita di coscienza deve essere considerato come possibile portatore di fratture vertebrali!

A tale riguardo, considerata la complessità dell'argomento, ci si limita a riportare di seguito i sintomi di un possibile interessamento neurologico, in caso di trauma vertebrale, che devono far comportare come se ci si trovasse di fronte ad una lesione con interessamento del midollo.

Le fratture vertebrali possono essere definite in base alla loro stabilità (stabili o instabili) o a secondo dell'eventuale interessamento del midollo (mieliche) o meno (amieliche).

Sintomi indicativi di sospetto interessamento midollare, in caso di trauma vertebrale:

- parestesie (formicolii) agli arti (anche il semplice formicolio ad una mano in caso di trauma cervicale, deve far sospettare una lesione neurologica)
- deficit motori, soprattutto dei movimenti fini delle dita (delle mani o del piedi)
- diminuzione o assenza della sensibilità cutanea a valle della lesione
- crampi muscolari agli arti
- riferita sensazione di scossa lungo gli arti.

In caso di presenza di uno solo di questi sintomi

1. non muovere l'infortunato (a meno che non sia in pericolo di vita)
2. cercare di mantenere la testa più ferma possibile (anche circondandolo con cuscini ed altri oggetti che evitino, in caso di recupero di coscienza, il movimento della testa)
3. attendere accanto al malato, sorvegliando il mantenimento delle condizioni vitali (permanenza di respiro e battito cardiaco) ed attendere il 118.

DISTORSIONI E LUSSAZIONI

Le distorsioni consistono in uno stiramento delle strutture legamentose che tengono assieme una articolazione, conseguente ad un movimento che va oltre la fisiologica funzionalità articolare.

Se il movimento distorsivo vince la resistenza legamentosa, si può avere la lussazione, consistente nella perdita di continuità dei rapporti articolari.

Una lussazione è una lesione da non trascurare e che richiede quasi sempre un trattamento ortopedico.

Le lussazioni più comuni sono quelle di spalla (nella figura si apprezza la classica deformazione della lussazione anteriore).

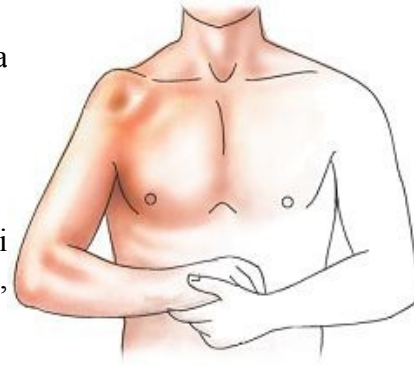
Cosa fare:

In caso di distorsione

- fasciare l'articolazione, seguendo la regola del "non dolore"!
- applicare ghiaccio e tenere la parte in alto.

In caso di lussazione

- **non tentare di ridurre la lussazione!**
- applicare un bendaggio (per ridurre i movimenti) applicare ghiaccio e trasportare, se possibile, in ospedale o chiamare il 118.



IL TRAUMA CRANICO E LE SUE POSSIBILI CONSEGUENZE

La maggior parte dei traumi cranici si risolve spontaneamente senza sequele, con la formazione, a volte, del famoso bernoccolo.

In questo caso, l'applicazione di ghiaccio sulla parte interessata riduce il dolore e l'edema e non richiede altro tipo di intervento.

Un trauma cranico importante può essere invece complicato dai seguenti quadri patologici:

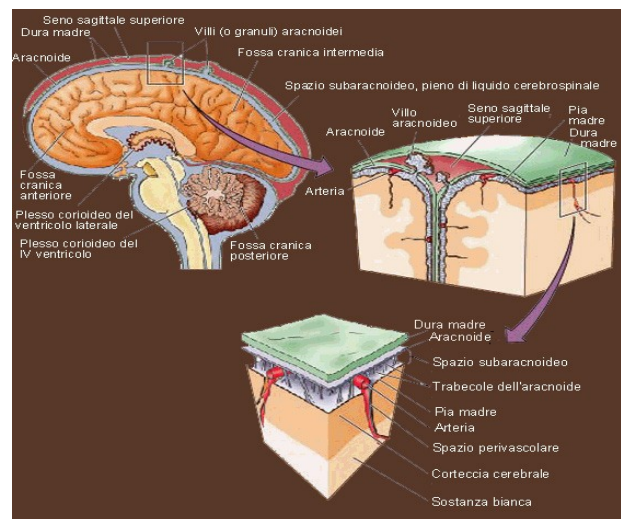
Frattura cranica:

- grave dolore ed edema (gonfiore) sul sito della lesione cranica
- deformazioni del cranio, come affossamenti o scalini
- dilatazione disuguale delle pupille
- "occhi da procione"; caratteristico ematoma dei tessuti molli sotto entrambi gli occhi;
- emorragia dalle orecchie e/o dal naso;
- fuoriuscita di liquido limpido dalle orecchie e/o dal naso.

Frattura facciale:

- sangue dal naso
- deformazioni facciali
- movimenti insoliti delle ossa facciali
- allineamento scorretto dei denti
- denti dondolanti o caduti

estesi ematomi facciali.



CON O SENZA FRATTURE, UN TRAUMA CRANICO IMPORTANTE PUÒ CAUSARE L'INTERESSAMENTO DELL'ENCEFALO

Commozione cerebrale

Lo stato è caratterizzato dalla perdita di coscienza parziale o totale. Può essere presente dispnea, vomito, vertigini, perdita momentanea della memoria, si ha diminuzione o abolizione della sensibilità ai diversi stimoli e della mobilità sia volontaria che involontaria.

Si tratta di una condizione transitoria dalla quale il paziente si riprende autonomamente in modo rapido (anche meno di un'ora) dopo un momento di confusione mentale generalizzata. Di solito, l'individuo non ricorda immediatamente l'accaduto (amnesia anterograda) che tuttavia scompare

totalmente nello spazio di pochi giorni. Alla base della commozione cerebrale non c'è una lesione, ma solo un disturbo funzionale delle strutture nervose e più precisamente della sostanza reticolare del tronco encefalico che mantiene e controlla lo stato di coscienza e di equilibrio dell'individuo.

Ematoma subdurale acuto

Si osserva nel 10-15% dei traumi cranici severi ed è dovuto generalmente al sanguinamento da rottura delle vene di ponte. La presenza di un intervallo lucido dipende per questa evenienza.

Ematoma epidurale

L'ematoma epidurale si forma per rottura dell'arteria meningea media (85%) ed ha una minore incidenza rispetto al subdurale. È raro prima dei 2 anni ed oltre i 60. Vi è classicamente un intervallo lucido senza un'alterazione della coscienza al momento dell'impatto (60%). Benché sia spesso associato a fratture, specialmente lungo il decorso dell'arteria meningea media. La sintomatologia appare oltre le 24 ore.

Dura madre
Aracnoide

Spazio sub aracnoideo
Corteccia cerebrale

Ematoma intracerebrale

Interessa la materia cerebrale ed interviene nel 12% dei traumi cranici severi, ma il trattamento è urgente solo in presenza di spostamento delle strutture mediane del cervello o in caso di alterazioni della coscienza e deficit focali. Le sedi più frequenti sono la frontale o la temporale.

In caso di trauma cranico si deve sospettare la presenza di interessamento cerebrale nel caso sussistano i seguenti segni

- perdita di coscienza o stato di coscienza alterato od amnesia
- confusione mentale che tende ad aumentare con il passare del tempo
- modificazioni della personalità
- sonnolenza
- modifica frequenza respiratoria
- dilatazione ineguale delle pupille
- visione disturbata di uno o entrambi gli occhi
- compromissione dell'udito o presenza di fischi o ronzii
- perdita del senso dell'equilibrio
- vomito; spesso violento (a getto)
- paralisi; spesso su un lato del corpo.

Cosa fare in caso di frattura o grave trauma cranico:

- tenere il paziente a riposo
- controllare i segni vitali
- parlare con l'infortunato
- sospettare sempre una lesione vertebrale cervicale (se non si è in grado di poterla escludere).

CHIAMARE IL 118 e ricordare che:

- **l'emissione di sangue dall'orecchio dopo un trauma cranico deve comportare il trasporto del traumatizzato in ospedale, anche se il soggetto appare psichicamente lucido e non ha perso conoscenza**

- **l'emergenza determinata dalla perdita di coscienza seguita immediatamente al trauma cranico, deve far sospettare la possibilità di coesistenza di lesioni vertebrali.**

Cosa non fare:

- non ispezionare l'interno delle ferite né separate i margini per determinarne la profondità
- non palpare il sito colpito
- non tentare di fermare emorragie spingendo sopra la lesione
- non chiedere al paziente di stare in equilibrio per vedere se è in grado di farlo
- non iperestendere la testa nel paziente incosciente per mantenere pervie le vie respiratorie
- utilizzare la manovra di protrusione della mandibola
- non cercare di fermare il flusso del sangue o del liquido cerebrospinale che fuoriescono dal naso o dalle orecchie
- non rimuovere assolutamente oggetti o frammenti ossei conficcati; immobilizzarli così come sono
- non chiedere al paziente di aprire gli occhi se sono presenti gravi lesioni oculari.

IL PRIMO SOCCORSO IN CASO DI “MALORE”

Il termine “malore” è un termine molto generico, usato comunemente per indicare una momentanea perdita di coscienza.

In varie condizioni di progressiva sofferenza cerebrale la coscienza può essere:

1. **ridotta** (*coscienza obnubilata*): il paziente si mostra più o meno stordito, ma è in grado di rispondere alle domande, anche se in modo succinto o confuso e di eseguire ordini semplici, come aprire gli occhi, mostrare la lingua, stringere la mano
2. **assente**: la persona non risponde, non esegue gli ordini e non può essere risvegliata nemmeno da stimolazioni intense.

Queste alterazioni della coscienza, a seconda della causa che le ha provocate, possono manifestarsi gradualmente o all'improvviso e possono essere di durata molto variabile.

La perdita coscienza (eccettuate rare eccezioni) è sempre secondaria ad una ridotta o alterata ossigenazione del cervello. Le cause alla base possono essere varie.

Per tale motivo, ci si limita ad indicare le cause più frequenti, alla base della perdita di coscienza, consigliando successivamente come comportarsi.

LIPOTIMIA

È il classico “svenimento”, il soggetto prima di perdere coscienza può accusare malessere, può lamentare vertigini, senso di nausea, tremore e quindi si accascia.

È il tipo di malore più frequente e meno grave, dovuto a particolari condizioni emozionali, a stress psichico importante, a diminuzione della pressione sanguigna.

Spesso il semplice accasciamento al suolo, determina la spontanea ripresa dello stato di coscienza, in ogni caso, è opportuno mantenere il soggetto in posizione antishock per qualche minuto.

Una volta ripresa la lucidità e prima quindi di farlo rialzare, è opportuno farlo stare seduto a terra per qualche minuto e solo dopo, aiutarlo ad alzarsi in piedi.



CRISI IPOGLICEMICA

Il grosso calo della glicemia (la concentrazione di glucosio nel sangue) causa una grave compromissione della funzionalità cerebrale, per l'impossibilità dei neuroni di produrre l'energia necessaria al loro funzionamento.

Ogni diabetico ha in genere il suo corredo sintomatologico tipico di inizio dell'ipoglicemia.

In ogni caso i sintomi più comuni sono: sudorazione, tremori, stato di agitazione, nervosismo, senso di fame, vertigini.

Prima della perdita di coscienza, il diabetico in genere sa già cosa deve fare, altrimenti, somministrare zucchero (due cucchiaini da cucina) o bevande dolci (se il soggetto è vigile)!

In caso di perdita di coscienza, utilizzare zucchero (non in zollette) da mettere sotto la lingua, chiamare il 118 e sorvegliare il persistere dei parametri vitali.

Evitare la somministrazione di cioccolata o altri cibi grassi, per il loro tempo più lungo di assorbimento.

Non dare nulla da bere se il soggetto è privo di coscienza.

COLPO DI CALORE

Una prolungata esposizione al caldo può portare sia ad una eccessiva perdita di liquidi, con shock ipovolemico (da caduta della pressione per riduzione del volume di liquidi corporei) sia ad un'insufficiente dispersione di calore, con aumento della temperatura corporea.

- Nel primo caso, la sintomatologia di esordio è lenta, accompagnata da sudorazione profusa, senso di stanchezza, nausea ed infine sincope. Il soggetto risulterà madido di sudore, con la pelle pallida (per la caduta della pressione arteriosa) con polso lento e debole. **in questo caso, ricorrere alla posizione antishock.** Rinfrescare il soggetto e quando si riprende dargli da bere.
- Nel secondo caso l'esordio è più brusco, il soggetto lamenta cefalea ed improvvisa perdita di coscienza. La cute si presenta arrossata, calda, asciutta, il polso rapido e forte.
- **In questo caso bagnare il soggetto il più possibile (anche ricorrendo al ghiaccio).**
- Mantenere il controllo delle funzioni vitali, tenendo presente la possibilità di insorgenza di vomito.

In ogni caso:

- non somministrare acqua se il soggetto non riprende coscienza
- **chiamare il 118 e verificare il mantenimento dei parametri vitali.**

ATTACCO EPILETTICO

Una crisi epilettica non rappresenta un'emergenza medica a meno che sia la prima volta che si verifica. In tal caso sono necessari accertamenti clinici per verificare l'origine della crisi e per impostare una terapia medica. Negli altri casi basta evitare che la persona colpita si ferisca cadendo per terra.

L'epilessia è una malattia cronica. Può essere la conseguenza della formazione di cicatrici nel cervello, di un flusso ridotto di sangue al cervello o di un tumore cerebrale. Può dare origine a due forme di attacco: il **grande male**, che è un attacco molto forte caratterizzato da convulsioni e il **piccolo male**, cioè un attacco più debole che non genera convulsioni e che si caratterizza principalmente per le "assenze".

Una persona che soffre di attacchi epilettici del tipo **grande male** può riferire, prima della crisi una serie di sintomi premonitori (l'aura) come per es. la visione di bagliori o uno scoppio di colori, o la percezione di odori particolari. Qualunque sia la sensazione provata, il soggetto comprende che è in arrivo un attacco, per cui generalmente avverte i familiari o coloro che gli stanno accanto e si stende.

- durante la crisi la persona cade a terra priva di conoscenza (talvolta dopo aver emesso un grido)
- per parecchi secondi il corpo si irrigidisce, il respiro può anche mancare del tutto, il viso è cianotico (inizia la fase tonica)
- compaiono le convulsioni, cioè delle contrazioni incontrollabili dei muscoli di tutto il corpo, per cui il soggetto si contorce e talvolta si morde la lingua; alle labbra compare una schiuma rosa e si ha emissione di urina. Questa fase dura uno o due minuti (fase clonica)
- segue il rilassamento con ricomparsa del respiro, anche se permane lo stato di incoscienza per diversi minuti
- al risveglio, rimangono una grande spossatezza, torpore e ottundimento, mentre non si conserva alcun ricordo della crisi.

Cosa fare:

- non cercare di bloccare la crisi
- spostare gli oggetti contro cui la persona potrebbe ferirsi
- attutire la caduta gettando a terra indumenti, cuscini ecc., proteggendo soprattutto la testa
- quando il soggetto si rilassa, allentare gli indumenti che stringono, pulire la bocca, togliere eventuali protesi mobili e metterlo nella posizione di sicurezza. **Non svegliarlo assolutamente**

- non appena riprende i sensi, controllare che non si sia ferito nella caduta, confortarlo e stargli vicino fino al completo recupero.

Raramente l'epilessia si può presentare come stato epilettico. Questo si verifica quando il paziente viene colpito da due o più attacchi senza riprendere pienamente coscienza. Si tratta di un'urgenza reale che richiede il trasporto immediato con altissima priorità. **Non tentare di immobilizzare il paziente, anche se le convulsioni sembrano essere terminate.**

Ricordare che chi soffre di epilessia conduce, al di fuori della crisi, un'esistenza assolutamente normale, a cui ha pieno diritto, e che l'epilessia è una malattia perfettamente curabile.

SHOCK

può essere dovuto ad insufficienza di:

- quantitativo di sangue (shock ipovolemico)
- pompa cardiaca (cardiogeno)
- tono vasomotorio (anafilattico, settico)
- combinazione di questi elementi

qualunque sia la causa, si considera in shock qualunque paziente la cui pressione arteriosa sia particolarmente bassa (valori inferiori ai 50 della sistolica) e la coscienza gravemente alterata o assente.

Cosa fare:

- mantenere le gambe elevate
- fermare eventuali emorragie
- **chiamare il 118!**
- **prepararsi alla rianimazione cardiopolmonare!**

L'ARRESTO CARDIOCIRCOLATORIO

È la causa più grave di perdita di coscienza.

In Italia, si stima un arresto cardiaco ogni 1000 abitanti!

Può essere dovuto a:

- una primitiva compromissione della funzionalità cardiaca (fibrillazione ventricolare, infarto)
- uno stato di shock dovuto a perdita massiva di liquidi o sangue
- una grave compromissione della funzionalità cerebrale (ictus)
- un primitivo arresto respiratorio (per ostruzione delle vie aeree, per lesioni cerebrali, per intossicazione acuta da oppiacei).

Al soccorritore interessano poco le cause dell'arresto cardiorespiratorio!

CIÒ CHE CONTA È L'IMMEDIATO RICORSO ALL'ABC DELLA RIANIMAZIONE

A: (*airway*) ossia **garantire la pervietà delle vie aeree**

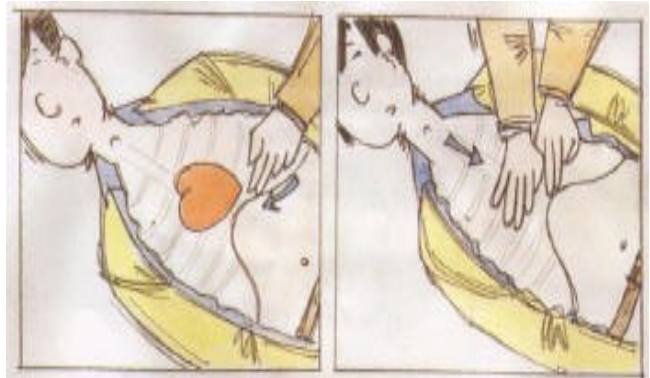
aprire la bocca del paziente, ricercare eventuali corpi estranei, iperestendere il capo



B: (*breathing*) ossia **mantenere la respirazione**
guardare i movimenti del torace, ascoltare se c'è respiro



C: (*circulation*) ossia **garantire la circolazione sanguigna**
ricercare il polso carotideo e quindi avviare, se del caso, la rianimazione cardiopolmonare.



Tenere sempre a mente la catena della sopravvivenza!

Prima di iniziare la rianimazione, fare chiamare il 118, comunicando il luogo dove ci si trova e che si è in presenza di una persona in arresto cardiocircolatorio!

ASSUNZIONE ED INTOSSICAZIONE DA SOSTANZE VOLUTTUARIE ASSUNZIONE DI SOSTANZE STUPEFACENTI

Cocaina, Marijuana, Ecstasy

Si ritiene opportuno, dato il poco spazio, trattare assieme queste sostanze, sia per la loro comune utilizzazione (che si possono definire di tipo sociale) che per il fatto che non danno dipendenza fisica, ma psichica. (Queste sostanze infatti, non causano la così detta crisi di astinenza).

Cocaina

A dosaggio moderato, gli effetti sono euforizzanti e disinibenti, associati ad aumento della pressione arteriosa e moderata midriasi.

Dopo 30-60 minuti dall'assunzione, l'euforia lascia spazio ad irritabilità ed ansia.

Ad alto dosaggio, il quadro è dominato da tremori, nausea e vomito.

L'over dose, provoca convulsioni tonico cloniche, del tutto indistinguibili dall'attacco di grande male epilettico, che può portare a morte per fibrillazione ventricolare ed arresto cardiaco.

L'assunzione cronica di alte dosi, si accompagna ad un quadro psicotico, caratterizzato da allucinazioni visive ed uditive, molto simile al delirio schizofrenico.

L'uso cronico di questa sostanza, facilita l'insorgenza di infarti del miocardio, ictus cerebrali, epatite.

Marijuana e Cannabinoidi

A differenza della cocaina, provocano euforia, senso di rilassatezza e distacco dalla realtà.

I segni di assunzione delle sostanze, consistono in iperemia congiuntivale, tachicardia, aumento dell'appetito.

Non esiste il quadro dell'intossicazione acuta (da over dose) per queste sostanze, l'abuso di grandi quantità, può causare disorientamento psichico, ansia o depressione, tachicardia, ipertensione, secchezza delle fauci, vomito e diarrea. Talora, insorgono veri e propri quadri deliranti, con psicosi suicidaria.

Gli effetti dovuti all'abuso prolungato, consistono in trombangioiti obliteranti ed un comportamento definito "amotivazionale".

Ecstasy

È un vecchio derivato dell'anfetamina, che causa senso di euforia ed impedisce di percepire la stanchezza.

Il quadro acuto da abuso è dominato dall'ipertensione arteriosa e da alterazioni del comportamento, inizia in genere dopo 30-60 minuti dall'assunzione e persiste anche per 4-6 ore. Il paziente in over dose da ecstasy presenta agitazione, tremore, sudorazione, midriasi, nausea, vomito, attacchi di panico e/o allucinazioni. Si segnala l'importante aumento della temperatura corporea (nei casi gravi fino a 40°). La morte, non frequente, è determinata da complicanze cardiache, cerebrovascolari (emorragia subaracnoidea) o epatiti fulminanti.

Nella scimmia, l'assunzione cronica, determina la morte per mancanza di sonno, conseguente a lesioni dei nuclei cerebrali che secernono serotonina.

Oppioidi (Codeina, Morfina, Eroina)

Definiti un tempo "narcotici" hanno in comune la capacità di determinare grande dipendenza fisica, tolleranza ed analgesia.

Poiché la sostanza più usata è l'eroina (diacetil morfina) ci si limita a trattare la suddetta sostanza.

Poiché la prima assunzione di eroina provoca grandi sensazioni di piacere, che si riducono di intensità e di durata, man mano che vengono assunte altre dosi, il tossicomane sente la necessità di assumere dosi sempre maggiori e con maggior frequenza (fenomeno della tolleranza).

La sospensione dell'assunzione (astinenza) determinata da un aumento della sensibilità alla noradrenalina, causa la tipica crisi, caratterizzata da: vomito, tremori sudorazione, lacrimazione, diarrea, tachicardia, dolori muscolari ed addominali.

L'over dose è caratterizzata da depressione del sistema nervoso centrale, fino al coma; bradipnea (rallentamento della respirazione) fino all'arresto respiratorio che può complicarsi con edema polmonare, miosi pupillare.

Il riconoscimento della triade: miosi, depressione respiratoria e coma, richiede l'immediata ospedalizzazione.

Il soccorritore occasionale può solamente vigilare sul mantenimento dei parametri vitali, intervenendo con la rianimazione cardiopolmonare.