

LA FIGURA DEL SOCCORRITORE

Il termine "primi soccorsi" si riferisce alle azioni compiute per aiutare un ferito o una persona colta da male. Il soccorritore è colui che s'incarica di queste azioni e si preoccupa che tutte le persone coinvolte siano messe in sicurezza (p. 28). Seguendo le linee guida illustrate in questo libro, si riesce a eseguire le operazioni più adatte tenendo conto delle proprie capacità, della conoscenza e dell'esperienza. Il capitolo 1 ci introduce al ruolo di soccorritore perché, oltre a fornire validi suggerimenti pratici per proteggere se stessi e la persona coinvolta, spiega come reagire in una situazione d'emergenza e come valutare quali siano le priorità per il ferito, tenendo conto delle implicazioni psicologiche

legate ad interventi di questo tipo. Il capitolo 2 Come si affronta un incidente (pp. 26-37) illustra le linee guida da seguire nelle diverse situazioni: incidente stradale o in acqua o incendio. Il capitolo 3 Come si valuta il soggetto coinvolto (pp. 38-53) descrive le modalità di valutazione delle condizioni di un ferito o di un malato. Prima di avvicinarsi al soggetto (p. 28) ci si deve accertare che la zona sia sicura: bisogna evitare di compiere salvataggi eroici in circostanze pericolose. Il soccorritore che mette a repentaglio la propria incolumità difficilmente è di aiuto: rischia di divenire vittima a sua volta e di fare del male ad altri. Se le condizioni non sono sicure, è meglio non avvicinarsi e chiamare subito i soccorsi.

LE PRIORITÀ DEI PRIMI SOCCORSI

- **Valutare la situazione** con calma e rapidità.
- **Proteggere se stessi** e le vittime da eventuali pericoli – senza mai esporsi a rischi inutili (p. 28).
- **Prevenire le infezioni** crociate tra soggetto e soccorritore, nei limiti del possibile (p. 16).
- **Confortare e rassicurare** sempre le vittime.
- **Valutare il soggetto:** individuare per quanto possibile la lesione o la natura della patologia che lo ha colpito (pp. 38-53).
- **Prestare le prime cure** trattando in primis le patologie potenzialmente letali.
- **Predisporre i soccorsi:** chiamare il 118 per richiedere l'intervento dei servizi di emergenza se si temono patologie o lesioni gravi; accompagnare o mandare il soggetto in ospedale, affidarlo alle cure dei sanitari o di un familiare. Rimanere con lui finché non riceve adeguata assistenza.



VALUTAZIONE DI UN INCIDENTE

Quando ci si imbatte in un incidente bisogna mantenere la calma, dare sostegno alla vittima, chiederle che cosa è accaduto e senza spostarla prestare le prime cure.

I REQUISITI

Nel far fronte a un'emergenza occorre essere consapevoli dei bisogni fisici ed emotivi di tutte le persone coinvolte, ivi compresi i propri. Il soccorritore deve avere cura della propria salute psicologica ed essere in grado di riconoscere lo stress fin dai primi indizi (pp. 24-25). Reagire con calma e ponderazione, in modo da conquistare la fiducia e il rispetto dei presenti, è essenziale per riuscire o a ottenere informazioni utili dall'interessato o dai testimoni. Ciò significa essere consci e padroni delle proprie reazioni tanto da riuscire a concentrarsi sul soggetto e valutare le sue condizioni. I modi del soccorritore, garbati ma risoluti, infondono sicurezza circa il suo operato e creano quella fiducia indispensabile, senza la quale il soggetto potrebbe omettere di riferire un

evento, una lesione o un sintomo rilevante e sprofondare nell'angoscia. Le azioni descritte in questo capitolo tendono dunque a favorire l'instaurarsi di questa fiducia, alleviare il disagio emotivo e stabilire il giusto approccio per stimolare la collaborazione e la volontà di ripresa del soggetto. I comportamenti chiave per diventare un soccorritore efficiente sono:

- **La calma.**
- **La consapevolezza dei rischi** (per sé e per gli altri).
- **La capacità d'instaurare** e mantenere fiducia (nella vittima e negli astanti).
- **Le cure tempestive**, cominciando dalle condizioni più gravi (letali).
- **La richiesta** di soccorso adeguato.
- **La consapevolezza** delle proprie necessità.

LA CALMA

Mantenere la calma è importante perché dovete essere in grado di controllare le vostre reazioni ed emozioni per trasmettere fiducia agli altri incoraggiandoli a fare affidamento su di voi. Dato che in genere si teme ciò che non si conosce, acquisire padronanza delle priorità e delle tecniche fondamentali del primo soccorso, illustrate in questo libro, vi farà superare le insicurezze. Infatti, soltanto prendendo coscienza delle proprie paure è possibile adottare le adeguate contromisure; cercate di farlo frequentando un corso di primo soccorso, chiedendo agli altri come affrontano situazioni simili, oppure parlando dei vostri timori a una persona di fiducia.

IL CONTROLLO

In una situazione d'emergenza, nel caso di un'accelerazione della frequenza cardio-respiratoria e di un aumento della sudorazione, il nostro organismo secerne degli ormoni i quali inducono una reazione che può essere di lotta,

fuga o blocco: si ha l'impressione di essere più vigili, oppure si ha voglia di scappare o si rimane impietriti. Se siete presi dal panico forse dipende dal fatto che vi sentite pressati ad agire prima ancora di avere le idee chiare sul da farsi. In questi casi è bene fermarsi e respirare profondamente, pensando a cosa potrebbe farvi sentire più calmi e ripercorrendo mentalmente le priorità d'intervento [a lato]. Se il senso di sopraffazione non vi abbandona, fate un respiro profondo e ripetete più volte a voi stessi: "Stai calmo". Riacquistata la calma, riuscirete a pensare più chiaramente e a programmare le vostre azioni. I vostri pensieri condizionano i comportamenti che assumete e le sensazioni che provate. Se pensate di non essere in grado di affrontare la situazione, avrete maggiori difficoltà a stabilire il da farsi e sarete più ansiosi, pronti a lottare, fuggire, o paralizzati dalla paura. Sapendo come riacquistare la calma, gestirete meglio l'ansia e riuscirete ad essere d'aiuto a chi è in difficoltà.

PROTEZIONE CONTRO LE INFEZIONI

Nel prestare i primi soccorsi è importante proteggere se stessi (e la vittima) da eventuali infezioni e lesioni, adottando tutte le misure necessarie per prevenire le infezioni crociate, evitando cioè di trasmettere germi o infezioni alla persona o di esserne contagiati. Il rischio d'infezione, sempre presente anche con lesioni di lieve entità, aumenta quando si deve curare una ferita, poiché il contagio con virus a trasmissione ematica come quelli dell'epatite B, C o dell'immunodeficienza umana (HIV), avviene per contatto con il sangue.

In generale il rischio non è così elevato da indurre a negare i primi soccorsi, ma può crescere per contatto diretto con il sangue di una persona infetta, per esempio attraverso un taglio o un'escoriazione.

Per proteggere vittima e soccorritore di solito basta l'adozione di alcune misure igieniche, come il lavaggio approfondito delle mani e i guanti monouso. Non è mai stata dimostrata la trasmissione dei suddetti virus attraverso le operazioni di rianimazione. Durante la respirazione artificiale è consigliato l'uso di una protezione facciale o di una maschera protettiva [pp. 68-69 e pp. 76-77].

QUANDO CONSULTARE IL MEDICO

Bisogna stare attenti a non pungersi con un ago, trovato sulla persona o accanto ad essa, e a non tagliarsi con un vetro. Se ciò dovesse accadere accidentalmente o vi schizzasse qualcosa in un occhio, è necessario sciacquare

AVVERTENZE

Dispositivi da portare con sé per proteggersi dalle infezioni:

- Maschera tascabile o protezione facciale;
- Guanti in lattice monouso;
- Gel alcolico igienizzante per lavarsi le mani.

bene la parte e consultare subito un medico. Se prestate regolare servizio come soccorritore dovrete informarvi sulle altre forme di protezione esistenti, non ultime le vaccinazioni. Se pensate di essere stati esposti a un'infezione durante un'emergenza, rivolgetevi subito al medico.

COME RIDURRE I RISCHI D'INFEZIONE CROCIATA

- **Lavarsi** le mani e indossare guanti in lattice monouso. In mancanza dei guanti, infilare le mani in sacchetti di plastica puliti o chiedere al soggetto di bendarsi la ferita.
- **Coprire** i tagli e le abrasioni sulle vostre mani con medicazioni impermeabili.
- **Indossare** un grembiule di plastica se a contatto con notevoli quantità di liquidi corporei e occhiali di plastica per proteggere gli occhi.
- **Smaltire** tutti i materiali in modo sicuro (p. 18).
- **Non toccare** a mani nude né la ferita, né la medicazione che è a contatto della ferita.
- **Non respirare**, tossire o starnutire su una ferita.

LAVAGGIO ACCURATO DELLE MANI

Prima di toccare un ferito bisogna lavarsi le mani; con cura in tutte le parti: palmi, polsi, dita, pollici non potendo farlo subito, conviene lavarle e unghie. Lavatele con acqua e sapone o sfregate immediatamente dopo. È essenziale detergerle bene le mani con il gel alcolico igienizzante.

COME LAVARSI LE MANI

1 Mettete le mani sotto l'acqua corrente. Versate il sapone fra i palmi e sfregatevi bene le mani.



2 Sfregate il palmo della mano sinistra sul dorso della mano destra, e viceversa.



3 Intrecciate le dita delle due mani e insaponate gli spazi interdigitali.



4 Sfregate il dorso delle dita della mano destra contro il palmo sinistro, quindi ripetete cambiando mano.



5 Sfregate il pollice destro nel palmo sinistro e il pollice sinistro nel palmo della mano destra.



6 Sfregate i polpastrelli della mano sinistra nel palmo della destra e viceversa. Sciacquate e asciugate con un asciugamano monouso.



FOLGORAZIONE

Quando una persona rimane folgorata, il passaggio della corrente elettrica attraverso il corpo la stordisce e può provocare un arresto cardio-respiratorio, oltre ad ustioni in corrispondenza dei punti di ingresso e di uscita della corrente che poi scarica a terra. L'ustione cutanea da elettrocuzione può essere piccolissima o non visibile, ma il danno si estende in profondità nei tessuti (p. 178).

La gravità delle lesioni dipende dalla tensione, dal tipo e dal percorso della corrente all'interno del corpo che può essere da mano a mano, da mano a piede o da piede a piede. Nelle abitazioni e negli uffici la corrente è a bassa tensione a 240 volt, negli stabilimenti industriali è ad alta tensione, tra i 440 e i 1000 volt, mentre nelle linee elettriche è superiore ai 1000 volt. La corrente è di tipo alternato (AC) o continuo (CC). La corrente, a bassa come ad alta tensione, è di tipo alternato, e provoca spasmi muscolari (tetania) e il soggetto, rimanendo

attaccato alla fonte elettrica senza potersi staccare, resta elettricamente carico ("sotto tensione"). La corrente continua, al contrario, tende a scatenare un'unica grande contrazione muscolare che spesso sbalza la persona colpita lontano dalla fonte elettrica, o la fa cadere a terra con il rischio di lesioni spinali o di fratture.

AVVERTENZE

- Non toccare il soggetto se è a contatto con la corrente elettrica.
- Non usare oggetti metallici per interrompere il contatto elettrico.
- Non avvicinarsi ai cavi ad alta tensione prima che sia stata staccata l'alimentazione.
- Non spostare una persona che è stata folgorata a meno che non sia in una situazione di pericolo imminente e non sia più a contatto con l'elettricità.
- Se il soggetto ha perso i sensi e toccarlo non mette a rischio la propria incolumità, aprire le vie aeree e controllare la respirazione (il soggetto in stato d'incoscienza pp. 54-87).

CORRENTE AD ALTA TENSIONE

Il contatto con la corrente ad alta tensione delle linee elettriche e dei cavi aerei in genere è mortale. Chi sopravvive presenta ustioni gravissime, poiché la temperatura della corrente raggiunge anche i 5000 °C. La scossa, inoltre, induce uno spasmo muscolare che sbalzando il soggetto distante, determina altre lesioni. L'elettricità ad alta tensione può generare una scarica (arco elettrico) di 18 metri. In questi casi occorre staccare l'alimentazione e isolarla prima che qualcuno si avvicini alla persona colpita, che con molta probabilità verserà in stato d'incoscienza. Dopo aver avuto le necessarie assicurazioni che ci si può avvicinare, bisogna valutare le sue condizioni, aprire le vie aeree e controllare la respirazione (il soggetto in stato d'incoscienza pp. 54-87).



DISTANZA DI SICUREZZA
Tutti i presenti devono stare ad almeno 18 metri dalla zona dell'incidente, dal cavo danneggiato e/o dalla persona colpita.

CORRENTE A BASSA TENSIONE

La corrente domestica, quella usata nelle abitazioni e negli uffici, può provocare lesioni e persino la morte. Gli incidenti solitamente sono provocati da interruttori e elettrodomestici difettosi o da fili scoperti. Data la loro naturale curiosità, i bambini sono i più esposti al rischio di prendere la scossa quando infilano le dita

o altri oggetti nelle prese elettriche. Anche l'acqua è un ottimo conduttore di elettricità e quindi i rischi aumentano. Maneggiare con le mani bagnate, o scalzi su un pavimento bagnato, un elettrodomestico che in altre circostanze sarebbe del tutto sicuro, fa crescere il rischio di scossa elettrica.

INTERRUZIONE DEL CONTATTO ELETTRICO

1 Prima d'intervenire, guardatevi intorno senza toccare nulla. Se il soggetto è ancora a contatto con la sorgente elettrica, sarà carico di tensione e come tale vi espone al rischio di folgorazione.

2 Se possibile, staccate la fonte d'elettricità per interrompere il contatto tra soggetto ed alimentazione elettrica. Se non potete staccare la corrente dal quadro generale o dal contatore, estraete la presa o liberate il cavo.



3 In alternativa, allontanate la sorgente elettrica dal soggetto e da voi stando su un supporto isolante asciutto, come una scatola di legno, un tappetino di plastica o un libro. Con un bastone o una scopa di legno allontanate l'oggetto dalla persona.

4 Se è impossibile interrompere il contatto con un bastone di legno, fate passare una corda intorno al bacino o sotto le braccia del soggetto, senza toccarlo, e tiratelo per allontanarlo dalla fonte di elettricità.

5 Una volta certi che questo contatto è stato interrotto, eseguite la valutazione primaria (pp. 44-45) e trattate le eventuali lesioni riportate. Chiamate il 118 per richiedere l'intervento dei soccorsi.

FULMINE

Il fulmine è una scarica naturale di elettricità dall'atmosfera che forma una scia di luce e calore e cerca il contatto con il suolo attraverso l'oggetto più alto e talvolta tramite la persona che si trova nelle immediate vicinanze. Essendo di breve durata, il fulmine solitamente non causa gravi lesioni termiche, ma può dare fuoco agli indumenti, far cadere a terra la

persona colpita e provocare arresto cardio-respiratorio (p. 57). Se la rianimazione cardiopolmonare (RCP) (adulto, pp. 66-71; bambino, pp. 76-79; neonato, pp. 82-83) è tempestiva, la sopravvivenza è alta. Bisogna tenersi a debita distanza dal luogo in cui è caduto il fulmine, che può colpire ancora nello stesso punto.

INCIDENTI IN ACQUA

Siamo tutti esposti al rischio di annegamento, una delle cause più frequenti di morte accidentale tra i minori di 16 anni. I bambini piccoli possono affogare nelle vasche dei pesci, nelle piscine di plastica da esterno, nelle vasche da bagno e anche nel water se cadono con la testa in avanti, oltre che in piscina, in mare e negli specchi d'acqua in genere. Molti casi di annegamento riguardano persone che hanno nuotato lottando contro correnti forti o in acque freddissime, oppure che hanno fatto il bagno o un giro in barca dopo aver bevuto molto. Alcuni pericoli sono specificatamente connessi agli incidenti nei quali incorrono coloro che nuotano in acque fredde. L'immersione improvvisa in acqua fredda, determinando una iperstimolazione nervosa,

può causare arresto cardiaco, ipotermia (p. 186) e aggravare lo shock (pp. 112-113). Gli spasmi alla gola e l'ingestione di acqua bloccano le vie respiratorie (Ipossia p. 92; Annegamento p. 100). L'apparato circolatorio può assorbire l'acqua inalata o ingerita, con un incremento eccessivo dell'acqua verso il cervello, il cuore o i polmoni. Anche il nuoto può affaticare il cuore.

AVVERTENZE

- Se il soggetto è fuori conoscenza, estraetelo dall'acqua sorreggendo la testa e il collo e cercando di tenerlo fuori dall'acqua.
- Giunti a riva, liberate le vie respiratorie e controllate il respiro (Il soggetto in stato d'incoscienza pp. 54-87).

SALVATAGGIO DALL'ACQUA



1 Per prima cosa tirate fuori dall'acqua il soggetto, senza mettere in pericolo la vostra incolumità. Rimanete sulla riva e porgetegli un bastone, un ramo o una corda a cui aggrapparsi, oppure tirategli un salvagente.

2 Se siete un bagnino, non siete in pericolo e il soggetto è in stato d'incoscienza, guardate o nuotate fino a raggiungerlo e riportatelo a terra. Se non potete farlo in sicurezza, chiamate il 118 per richiedere l'intervento dei soccorsi.



3 Dopo averlo tratto a riva, proteggete il soggetto dal vento ed eseguite le manovre previste in caso di annegamento (p. 100) e di ipotermia (pp. 186-188). Sarebbe bene sostituire gli indumenti bagnati con vestiti asciutti.

4 Accompagnate il soggetto in ospedale anche se sembra essersi completamente ripreso. Se siete preoccupati, chiamate il 118 per richiedere l'intervento dei soccorsi.

LE MAXI-EMERGENZE

La maxi-emergenza è un evento che costituisce una seria minaccia per la sicurezza di una comunità, oppure coinvolge un numero così alto di persone da richiedere l'adozione di misure speciali da parte dei servizi di emergenza. In questi casi, i servizi di emergenza della zona possono non avere risorse sufficienti a fronteggiare l'evento, perché il numero dei feriti è superiore al personale disponibile. Spetta ai servizi di emergenza classificare la situazione come maxi-emergenza ed attivare le procedure del caso, delimitando l'area circostante l'incidente e allertando

ospedali ed équipe mediche specialistiche. Il soccorritore non deve far altro che rendersi disponibile qualora sia richiesto il suo aiuto. Se arrivate per primi sul luogo di un evento grave, non avvicinatevi e **chiamate immediatamente il 118 per richiedere l'intervento dei soccorsi** (pp. 22-23). Bisogna comunicare alla centrale operativa il tipo di evento verificatosi (ad esempio incendio, incidente stradale o esplosione), la località, le vie d'accesso, eventuali rischi particolari e il numero approssimativo di persone coinvolte.

COME OPERANO I SERVIZI DI EMERGENZA

Per prima cosa viene creato un cordone intorno all'area immediatamente circostante l'incidente, il cosiddetto cordone interno, intorno al quale viene predisposto un cordone esterno che delimita l'area operativa del personale di emergenza (vigili del fuoco, 118, ambulanze e polizia). L'accesso a quest'area è consentito soltanto al personale autorizzato e munito delle necessarie dotazioni di sicurezza. All'interno dei due cordoni viene creata una postazione medica avanzata nella quale si smistano i feriti e si prestano le cure, un punto di raccolta dei sopravvissuti dove si concentrano le persone illese e una zona di parcheggio delle ambulanze per caricare i feriti.

e i mutamenti delle sue condizioni monitorati finché non si riprende o viene affidato alle cure dell'équipe medica.

- **I feriti non deambulanti** sono sottoposti a un'ulteriore valutazione, dal cui esito dipende l'assegnazione alle zone con codice rosso (trattamento immediato) o giallo (trattamento urgente) perché siano stabilizzati e trasferiti in ospedale al più presto possibile.
- **I feriti deambulanti** con lesioni meno gravi sono assegnati alla zona con codice verde per essere curati e trasferiti in ospedale, se necessario.
- **Le persone illese** sono indirizzate al punto di raccolta dei sopravvissuti.

TRIAGE

I servizi di emergenza valutano inizialmente le condizioni dei feriti avvalendosi di uno strumento decisionale denominato triage. Tutti i soggetti sono sottoposti a valutazione primaria (pp. 44-45) sul posto per stabilire le priorità di accesso alle cure, a cui fa seguito la valutazione secondaria (pp. 46-48) eseguita presso la postazione per lo smistamento dei feriti, nella quale il soggetto viene rivalutato

IL RUOLO DEL SOCCORRITORE

Al soccorritore sarà consentito l'accesso alla zona delimitata dai cordoni solo se munito delle necessarie dotazioni di sicurezza personale. Capita che i servizi di emergenza chiedano la sua collaborazione nell'individuare i feriti più lievi, sorreggere gli arti, annotare i loro nominativi e/o aiutarli a contattare i familiari.

VALUTAZIONE PRIMARIA

Si tratta dell'esame rapido e sistematico di un soggetto per stabilire se alcune delle lesioni o dei disturbi che accusa possono essere mortali. Seguendo una sequenza prestabilita con l'ausilio di tecniche consolidate è possibile individuare le varie lesioni in ordine di gravità, a cominciare da quelle gravissime, e procedere di conseguenza. La sequenza, riprodotta nello schema della pagina accanto, va eseguita per ogni soggetto coinvolto, senza farsi distrarre da altri eventi di minore rilevanza.

Il passaggio alla fase successiva della valutazione non è automatico, ma dipende dall'esito dei primi accertamenti. Se ad esempio, le lesioni gravissime sono ben gestite o sono assenti, si può passare alla valutazione secondaria [pp. 46-48].

REATTIVITÀ

Per prima cosa si deve stabilire rapidamente se il soggetto ha perso i sensi o è cosciente. Osservatelo mentre vi avvicinate: presentatevi, anche se apparentemente non reagisce, e chiedetegli cosa sia accaduto o come si senta, oppure invitatelo con tono perentorio ad aprire gli occhi.

In assenza di una reazione iniziale, se si tratta di un adulto dovete scuoterlo delicatamente per le spalle; se è un bambino battetegli su una spalla e se è un neonato picchiettagli la pianta del piede.

Se il soggetto continua a non reagire significa che ha perso coscienza; se invece reagisce, stabilisce un contatto visivo o fa un qualsiasi altro gesto allora è cosciente. Le persone in stato d'incoscienza hanno la priorità e necessitano cure urgenti (pp. 54-87).

VIE AEREE

La prima manovra consiste nel verificare la pervietà delle vie aeree del soggetto; se è vigile e parla è evidente che non ha problemi respiratori; se, invece, non è cosciente può darsi che le vie aeree siano ostruite (p. 59) e bisogna liberarle (adulto, p. 63; bambino, p. 73; neonato, p. 80) prima di passare alla manovra successiva.

RESPIRAZIONE

Il soggetto respira normalmente? Guardate, ascoltate e percepite l'espiazione. Se è vigile e parla è evidente che non ha problemi respiratori, ma è comunque importante annotare il ritmo, la profondità e la facilità con la quale respira, considerato che alcune patologie, come l'asma (p. 102), richiedono un trattamento immediato perché causano difficoltà respiratorie.

Il soggetto non cosciente che non respira va incontro ad un arresto cardiaco: in questi casi occorre iniziare subito le compressioni toraciche e la respirazione artificiale (adulto, pp. 66-71; bambino, pp. 76-79; neonato, pp. 82-83) (rianimazione cardiopolmonare RCP).

CIRCOLAZIONE

Le lesioni che interessano il sistema arterioso possono causare emorragie gravi (pp. 114-115) che impongono un intervento tempestivo per ridurre al minimo il rischio di shock, un evento potenzialmente mortale (pp. 112-113). Soltanto dopo aver stabilizzato le lesioni o i sintomi più gravi, o qualora non sussistano, è consigliabile eseguire un'attenta valutazione secondaria del soggetto (pp. 46-48).

IL CONTROLLO ABC

VIE AEREE
Le vie aeree del soggetto sono libere e disostruite (pp. 62-63, 72-73, 80)?

NO

COSCIENTE
INCOSCIENTE



■ Se il soggetto è cosciente, eseguire le operazioni previste per l'asfissia o il soffocamento. Passare alla fase successiva, **RESPIRAZIONE**, una volta accertato che le vie aeree sono libere.
■ Se il soggetto non è cosciente, iperestendere la testa e sollevare il mento (pp. 63, 73, 80). Passare alla fase successiva, **RESPIRAZIONE**, accertato che le vie aeree sono libere.

SI

RESPIRAZIONE
Il soggetto respira normalmente? Guardate, ascoltate e percepite l'espiazione.

NO

COSCIENTE
INCOSCIENTE



■ Bisogna trattare qualunque disturbo riscontrato, una crisi d'asma ad esempio. Passare alla fase successiva, **CIRCOLAZIONE**.
■ Se il soggetto non è cosciente e non respira, **chiamare il 118**. Iniziare le compressioni toraciche e la respirazione artificiale (pp. 66-71, 76-79, 82-83). In questi casi ben difficilmente si passa alla fase successiva.

SI

CIRCOLAZIONE
Si riscontrano segni di emorragia?

SI

COSCIENTE
INCOSCIENTE



■ Contenere l'emorragia (pp. 114-115). **Chiamare il 118 per richiedere soccorsi**. Eseguire le operazioni previste per limitare il rischio di shock (pp. 112-113).

NO

Se le lesioni più gravi sono ben gestite o assenti, si può passare alla **valutazione secondaria** (pp. 46-48) per verificare se ci sono lesioni o patologie concomitanti.

LE AZIONI SALVAVITA (segue)

RIANIMAZIONE DELL'ADULTO

La sequenza illustra la rianimazione dell'adulto in stato d'incoscienza, da eseguire dopo aver verificato che né il soccorritore, né il soggetto siano in una situazione di pericolo immediato (p. 28). Ciascuna tecnica è spiegata dettagliatamente nelle pagine che seguono.

VERIFICARE LA REATTIVITÀ DEL SOGGETTO

- Cercate di ottenere una risposta ponendo delle domande e scuotendo delicatamente il soggetto (p. 62).

Risponde?

NO



SI

Lasciatelo nella posizione in cui si trova. Usate la valutazione primaria (pp. 44-45) per individuare le lesioni più gravi e trattarle prioritariamente.

APRIRE LE VIE AEREE; CONTROLLARE LA RESPIRAZIONE

- Iperestendete la testa e sollevate il mento per aprire le vie aeree (p. 63).
- Controllate se respira spontaneamente (p. 63).

Respira normalmente?

NO



SI

Se possibile, lasciatelo nella posizione in cui si trova. Usate la valutazione primaria (pp. 44-45) per individuare le lesioni più gravi e trattarle. Sistemate nella posizione laterale di sicurezza (pp. 64-65). **Chiamate il 118.**



Mandate qualcuno a chiamare il 118 per richiedere l'arrivo dei soccorsi e chiedete che sia portato il DAE, se disponibile.

EFFETTUARE LA RCP

- Eseguite 30 compressioni toraciche (pp. 66-67).
- Eseguite DUE insufflazioni (p. 67).
- Alternate 30 compressioni toraciche e DUE insufflazioni continuando fino all'arrivo dei soccorsi, finché il soggetto non mostra di aver ripreso conoscenza tossendo, aprendo gli occhi, parlando o facendo movimenti volontari. E comincia a respirare spontaneamente, o voi non siete troppo stanchi per continuare.



- Se non siete addestrati a eseguire la RCP, o non siete in grado di praticare la respirazione artificiale, potete praticare le compressioni toraciche (pp. 70-71).
- Se il soggetto riprende a respirare normalmente, ma resta incosciente, è necessario sistemarlo nella posizione laterale di sicurezza (pp. 64-65).

RIANIMAZIONE DEL BAMBINO/NEONATO

Questa sequenza illustra le operazioni che si devono praticare per rianimare un bambino dai dodici mesi alla pubertà o un neonato al di sotto dell'anno di età.

VERIFICARE LA REATTIVITÀ DEL BAMBINO

- Cercate di ottenere una risposta alle vostre domande battendo lievemente sulla spalla del bambino, o sul piede se si tratta di un neonato.

Risponde?

NO



SI

Lasciate il bambino nella posizione in cui si trova, usate la valutazione primaria (pp. 44-45) per individuare i danni più gravi e trattarli prioritariamente.

APRIRE LE VIE AEREE; CONTROLLARE LA RESPIRAZIONE

- Iperestendete la testa e sollevate il mento per aprire le vie aeree (p. 73; p. 80).
- Controllate la presenza di respiro spontaneo (p. 73; p. 81).

Il piccolo respira normalmente?

NO



SI

Lasciatelo come si trova. Usate la valutazione primaria (pp. 44-45) per individuare i danni più gravi e trattarli. Sistemate il bambino nella posizione laterale di sicurezza (pp. 74-75) o tenete in braccio il neonato (p. 81). **Chiamate il 118.**



Mandate qualcuno a chiamare il 118 per richiedere soccorsi.

- Chiedete sia portato il DAE con elettrodi adesivi pediatrici se è disponibile. Non usate il DAE sui neonati.

PRATICARE LA RESPIRAZIONE ARTIFICIALE

- Asportate con cautela dalla bocca eventuali ostruzioni.
- Eseguite CINQUE insufflazioni iniziali (bambino p. 76; neonato p. 80).



■ Su bambini e neonati, è meglio associare la respirazione artificiale e compressioni toraciche. Tuttavia, se non siete addestrati alla RCP o non siete in grado di praticare la respirazione artificiale, effettuate le sole compressioni (pp. 70-71).

■ Se siete soli, eseguite la respirazione artificiale e le compressioni toraciche prima di chiamare i soccorsi.

■ Se il bambino riprende a respirare, ma resta in stato d'incoscienza, mettetelo nella posizione laterale di sicurezza (pp. 74-75).

INIZIARE LA RCP

- Eseguite 30 compressioni toraciche (bambino p. 77; neonato p. 83).
- Proseguite con DUE insufflazioni.
- Continuate alternando 30 compressioni toraciche e DUE insufflazioni fino all'arrivo dei soccorsi, finché il bambino non riprende a respirare spontaneamente o voi non siete troppo stanchi per continuare.



IL BAMBINO IN STATO D'INCOSCENZA

Sono qui illustrate le tecniche di rianimazione di un bambino dai dodici mesi alla pubertà in stato di incoscienza. Bisogna intervenire stando sempre sullo stesso lato, inginocchiati all'altezza della testa o del torace del bambino: è questa la posizione corretta per eseguire tutte le operazioni di rianimazione: apertura delle vie aeree, controllo dell'attività respiratoria, compressioni toraciche e respirazione artificiale (che nell'insieme costituiscono la rianimazione cardiopolmonare o RCP). Ciascuna fase del soccorso comporta l'assunzione di decisioni, in

funzione delle condizioni del bambino, circa le operazioni rianimatorie da eseguire. Garantire l'apertura delle vie aeree è una priorità assoluta, in modo che il bambino possa respirare o il soccorritore possa praticare la respirazione artificiale. Alla ripresa dell'attività respiratoria, il bambino va coricato nella posizione laterale di sicurezza (pp. 74-75). Se un bambino cardiopatico perde coscienza, occorre chiamare il 118 per richiedere soccorsi, e chiedere di procurarsi un DAE (pp. 84-87). Il ricorso tempestivo a terapie intensive può salvare la vita.

CONTROLLO DELLE REAZIONI

Di fronte a un bambino incosciente, bisogna prima di tutto stabilire se sia cosciente o meno. Chiedetegli ad alta voce: "Che cosa è successo?"

Oppure invitatelo con fermezza dicendogli: "Apri gli occhi". Battete delicatamente con la mano sulla spalla del bambino per vedere se reagisce.



SE IL BAMBINO REAGISCE

- 1 Se non vi è alcun pericolo, soccorrete il bambino nella posizione in cui si trova, effettuate la valutazione primaria (pp. 44-45) e trattate prioritariamente le lesioni più gravi.
- 2 Monitorate e annotate i segni vitali – reattività, respirazione e polso (pp. 52-53) fino all'arrivo dei soccorsi o finché il bambino non si riprende.

SE IL BAMBINO NON REAGISCE

- 1 Chiamate aiuto. Lasciate il bambino come si trova e liberate le vie aeree.
- 2 Se non è possibile soccorrere il bambino in quella posizione, fatelo rotolare sulla schiena e procedete con le operazioni di apertura delle vie aeree, esposte nel paragrafo Apertura delle vie aeree (a lato).

APERTURA DELLE VIE AEREE

- 1 Appoggiate una mano sulla fronte e iperestendete delicatamente la testa del bambino; così facendo la bocca si aprirà leggermente.



- 2 Posizionate le dita sul mento sollevandolo. Non comprimate i tessuti sotto il mento, potreste ostruire le vie aeree. Monitorate il respiro del bambino come indicato sotto.



VERIFICA DELLA PRESENZA DI RESPIRO SPONTANEO

Mantenendo le vie aeree libere, bisogna cercare di avvertire il respiro; osservate i movimenti del torace, ascoltate i suoni che indicano

il passaggio dell'aria e con la guancia cercate di sentire l'esalazione dell'aria. Tale valutazione va effettuata per non più di dieci secondi.



SE IL BAMBINO RESPIRA

- 1 Effettuate la valutazione primaria (pp. 44-45) e trattate prioritariamente le lesioni più gravi.
- 2 Sistemate il bambino nella posizione laterale di sicurezza e chiamate il 118.
- 3 Monitorate i segni vitali – reattività, respirazione e polso (pp. 52-53) – nell'attesa dei soccorsi. Consultate il paragrafo Come sistemare il bambino in posizione laterale di sicurezza (pp. 74-75).

SE IL BAMBINO NON RESPIRA

- 1 Mandate qualcuno a chiamare il 118 per richiedere l'intervento dei soccorsi. Se siete soli, prima di chiamare i soccorsi, eseguite la RCP per un minuto.
- 2 Cominciate la RCP con CINQUE insufflazioni polmonari. Consultate il paragrafo Come si pratica la RCP (pp. 76-77).

IL BAMBINO IN STATO D'INCOSCENZA (segue)

SISTEMARE IL BAMBINO IN POSIZIONE DI SICUREZZA

Se il bambino giace sul fianco o a faccia in giù, anziché sulla schiena, non serve eseguire le operazioni indicate di seguito per sistemarlo

nella posizione laterale di sicurezza. Se la dinamica dell'evento fa pensare a una lesione spinale, procedete come indicato a pp. 157-159.

CHE COSA FARE

1 Inginocchiati a fianco del bambino, sfilategli gli occhiali e togliete dalle tasche solo gli oggetti voluminosi, tralasciando quelli piccoli.

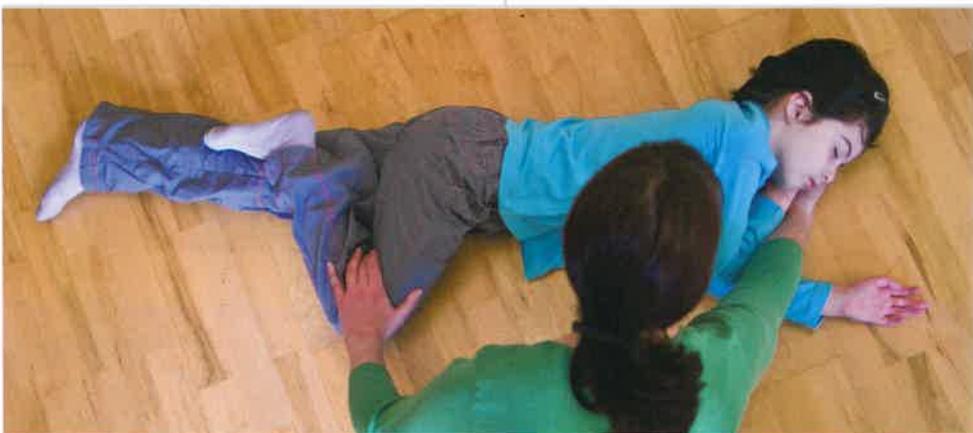
2 Il bambino deve avere le gambe distese. Sistemate il braccio più vicino a voi ad angolo retto con il corpo del bambino, con il gomito piegato e il palmo della mano verso l'alto.



3 Avvicinate a voi il braccio più lontano, passandolo sopra il torace, e appoggiate il dorso della sua mano contro la guancia più vicina a voi. Dal ginocchio, sollevate la gamba più lontana, mantenendo il piede a contatto con il terreno.



4 Tenendogli premuta la mano contro la guancia, fate leva sulla gamba distante per far rotolare il bambino sul fianco verso di voi.



CASO PARTICOLARE POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA CON SOSPETTA LESIONE SPINALE

In caso di sospetta lesione spinale (pp. 157-159) e dovendo sistemare il bambino nella posizione laterale di sicurezza per preservare la pervietà delle vie aeree, bisogna mantenere in asse la colonna vertebrale mettendo in atto i seguenti accorgimenti:

- Se siete soli, utilizzate le tecniche illustrate finora.
- Se siete in due, una persona tiene ferma la testa del bambino mentre l'altra lo gira sul fianco.
- Se siete in tre, una persona tiene ferma la testa del bambino, l'altra lo gira sul fianco e la terza persona deve tenere in asse la schiena del bambino durante la manovra.
- Se siete in quattro o più persone, dovete eseguire la manovra di rotazione (log-roll, p. 159).

5 Sistemate la gamba più in alto in modo che ginocchio e anca formino un angolo retto. Iperestendete la testa e sollevate il mento in modo da preservare la pervietà delle vie aeree.



6 All'occorrenza sistemate meglio la mano sotto la guancia perché la testa rimanga iperestesa e le vie aeree pervie. Se non è ancora stato fatto, chiamate il 118. Monitorate e annotate i segni vitali – reattività, respirazione e polso (pp. 52-53) – fino all'arrivo dei soccorsi.



7 Se il bambino deve rimanere nella posizione laterale di sicurezza per oltre 30 minuti, fatelo rotolare prima sulla schiena e poi sull'altro fianco, a meno che la presenza di altre lesioni non renda inopportuna tale manovra.



IL BAMBINO IN STATO D'INCOSCENZA (segue)

COME SI PRATICA LA RCP

COME FARE

1 Mantenete la pervietà delle vie aeree tenendo una mano sulla fronte del bambino e due dita dell'altra sulla punta del suo mento.



2 Estraiete dalla bocca i corpi estranei visibili. Non dilungatevi nell'esplorazione della bocca alla ricerca di cause d'ostruzione.



3 Spostate la mano dalla fronte e con il pollice e l'indice chiudete bene le narici del bambino per evitare che l'aria fuoriesca. Lasciate che la bocca del bambino si apra.



4 Inspirate profondamente prima di far aderire le vostre labbra alla bocca del bambino. Insufflate l'aria per un secondo: il torace dovrebbe espandersi.



5 Tenendo il bambino con la testa iperestesa e il mento sollevato, staccate la bocca dalla sua e verificate se il torace si abbassa. Se si espande quando insufflate e si abbassa quando vi staccate, avete agito correttamente. Se il torace non si espande, provate a sistemare meglio la testa del bambino (p. 73). Fate CINQUE insufflazioni.



6 Inginocchiate all'altezza del torace, mettete il palmo della mano al centro dello sterno: esercitate la pressione in questo punto.



7 Sporgendovi verso il bambino con il braccio disteso, esercitate con il palmo della mano una pressione verticale sullo sterno fino ad abbassarlo di 1/3 della sua profondità. Rilasciate la pressione senza spostare la mano. Lasciate che il torace si espanda completamente prima di praticare la compressione successiva. Comprimate il torace 30 volte al ritmo di 100-120 compressioni al minuto. Compressione e rilasciamento devono avere la stessa durata.

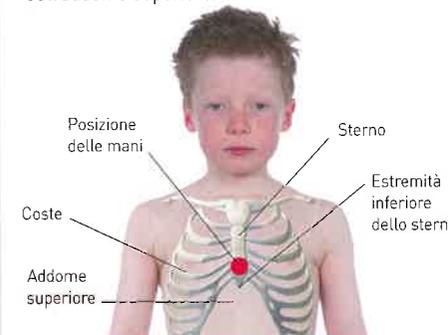


AVVERTENZE

Se i soccorritori sono più di uno, si alterneranno ogni 1-2 minuti senza interrompere la manovra.

POSIZIONE DELLE MANI

Sistemate le mani sullo sterno del bambino come indicato in figura, senza esercitare pressione sulle coste, sull'estremità inferiore dello sterno o sull'addome superiore.



8 Avvicinatevi alla testa del bambino, aprite le vie aeree ed eseguite altre DUE insufflazioni.



9 Se siete soli procedete alternando 30 compressioni toraciche con DUE insufflazioni polmonari per un minuto, sospendete e chiamate il 118 per richiedere soccorso. Continuate la RCP fino all'arrivo dei soccorsi, finché il bambino non è di nuovo cosciente E riprende a respirare normalmente o voi non siete troppo stanchi per continuare.

IL BAMBINO IN STATO D'INCOSCENZA (segue)

ALCUNE CONSIDERAZIONI SULLA RCP

Vi sono situazioni in cui praticare la RCP può essere difficoltoso. Se è vero che alternare insufflazioni polmonari e compressioni toraciche è la soluzione migliore, può darsi che non siate addestrati o in grado di praticare la respirazione artificiale. In questo caso effettuerete solo le compressioni toraciche. Il personale dell'ambulanza vi fornirà istruzioni per effettuare una RCP con le sole compressioni toraciche.

■ **Se i soccorritori** sono più di uno, potranno alternarsi ogni 1-2 minuti, senza interrompere le compressioni.

- **Se il bambino** vomita durante al RCP, fatelo girare su un fianco verso di voi assicurandovi che la testa sia rivolta verso il pavimento in modo da allontanare il vomito dalla bocca. Pulite la bocca, poi riportate il bambino in posizione supina e riprendete la RCP.
- **Se il bambino** è robusto, o il soccorritore è minuto, conviene praticare le compressioni toraciche con entrambe le mani, come si fa nell'adulto (pp. 66-67). Sovrapponete le due mani sul torace intrecciando le dita.

RCP CON SOLE COMPRESSIONI TORACICHE



- 1** In ginocchiatevi di fianco al bambino, all'altezza del torace, e posate il palmo di una mano al centro dello sterno.
- 2** Inclinatevi sul bambino con il braccio disteso, esercitate una pressione sullo sterno di 1/3 della sua profondità e rilasciate la pressione senza spostare la mano.
- 3** Effettuate 100-120 compressioni al minuto fino all'arrivo dei soccorsi o finché il bambino non mostri segni di ripresa tossendo, aprendo gli occhi, parlando o muovendosi. E cominci a respirare normalmente, o finché voi non siete troppo stanchi per continuare.

PROBLEMI DURANTE LA RESPIRAZIONE ARTIFICIALE

Se il torace del bambino non si espande durante la respirazione artificiale, è necessario:

- **Controllare che la testa sia iperestesa** e il mento sollevato.
- **Ricontrollare la bocca**, rimuovendo i corpi

estranei che causano ostruzione, senza dilungarsi nell'esplorazione della bocca con le dita.

Tentate la respirazione artificiale per non più di due volte prima di ripetere le compressioni toraciche.

DIFFERENTI TECNICHE DI RESPIRAZIONE ARTIFICIALE

In alcune circostanze la respirazione artificiale bocca a bocca non è appropriata e si rende necessario effettuare la respirazione bocca-naso.

RESPIRAZIONE ARTIFICIALE BOCCA-NASO

Se il bambino ha rischiato l'annegamento, o le ferite intorno alla bocca impediscono la perfetta aderenza delle labbra, si eseguirà la respirazione artificiale bocca-naso. Tenendo chiusa la bocca del bambino, fate aderire le vostre labbra al suo naso e insufflate un getto d'aria costante. Lasciate che la bocca si apra per consentire la fuoriuscita dell'aria.



PROTEZIONI FACCIALI E MASCHERE TASCABILI

Le protezioni facciali sono barriere in materiale plastico che si appoggiano sulla bocca del soggetto. La maschera tascabile è più specifica,

essendo dotata di boccaglio per le insufflazioni. Sarebbe bene sapere usare e avere sempre con sé uno di questi dispositivi.



USO DELLA PROTEZIONE FACCIALE

Iperestendete la testa del bambino per aprire le vie aeree e sollevate il mento. Sistemate la protezione sul viso con il filtro in coincidenza con la bocca. Chiudete le narici e soffiare l'aria attraverso il filtro.



USO DELLA MASCHERA TASCABILE

In ginocchiatevi dietro la testa del bambino, aprite le vie aeree e sistemate la maschera sulla bocca e sul naso del bambino, con l'estremità larga rivolta verso di voi. Insufflate l'aria attraverso il boccaglio.

QUANDO ARRIVA L'AMBULANZA

Sono i servizi di emergenza sanitaria a decidere, in base alle loro valutazioni, se inviare l'automedica o l'ambulanza. Se il bambino non è già collegato a un DAE, sarà il personale dell'ambulanza a provvedere a ciò, oltre a fornire farmaci e cure avanzate (p. 57). Se è richiesto il vostro aiuto, ascoltate ed eseguite

attentamente le istruzioni ricevute (p. 23). Il personale dell'ambulanza deciderà se trasportare immediatamente il soggetto in ospedale o continuare le cure in loco. La decisione di interrompere una rianimazione può essere presa solo da personale altamente qualificato.

MODALITÀ D'USO DEL DAE (segue)

CONSIDERAZIONI SULL'USO DEL DAE

AVVERTENZE

Non usare mai un DAE su un neonato al di sotto dell'anno.

Talvolta l'uso del DAE è reso più difficoltoso da patologie concomitanti e fattori esterni, dagli indumenti o dall'evento che ha causato l'arresto cardiaco. La sicurezza di tutte le persone coinvolte deve sempre essere la prima preoccupazione.

INDUMENTI E GIOIELLI

Gli indumenti o i gioielli che rischiano d'interferire con le piastre devono essere tolti o tagliati. Il torace villosa generalmente non è un problema, ma va rasato qualora impedisca la perfetta aderenza delle placche adesive. Poiché le zone di posizionamento delle piastre devono essere prive di elementi metallici è necessario rimuovere gli indumenti contenenti parti metalliche, come il reggiseno con ferretto.

FATTORI ESTERNI

Conviene asciugare il torace bagnato o eccessivamente sudato per non pregiudicare l'efficacia della scarica, ma se il soggetto è stato estratto dall'acqua (p. 36), è una manovra da compiere obbligatoriamente prima di applicare le piastre del DAE. Se dopo la scarica il soggetto è ancora incosciente, è necessario iniziare la RCP, una volta interrotto il contatto elettrico. La corrente elettrica, infatti, può provocare paralisi muscolare che renderebbe

le manovre di RCP più indaginose, ma non pregiudicherebbe l'impiego del DAE.

PATOLOGIE CONCOMITANTI

Alcuni cardiopatici sono portatori di pacemaker o di cardioversori defibrillatori impiantabili (ICD) che non ostacolano l'uso del DAE. Tuttavia, vedendo o tastando la presenza di un dispositivo sottocutaneo a livello toracico, è bene evitare di posizionare la piastra proprio in quel punto. Bisogna togliere l'eventuale cerotto alla nitroglicerina dal torace del soggetto prima di applicare le placche del DAE.

IL SOGGETTO È UNA DONNA INCINTA

Non vi sono controindicazioni all'uso del DAE su donne gravide anche se l'aumentato volume mammario può comportare la necessità di spostare una mammella o entrambe per posizionare correttamente le piastre. Questa manovra va effettuata nel rispetto della dignità della persona.

USO DELLE PIASTRE SUI BAMBINI

Per i bambini di età inferiore a otto anni sono consigliabili i DAE pediatrici o un'apparecchiatura normale con placche pediatriche. In mancanza, è giustificato il ricorso al DAE standard.



AVVERTENZE

Non usare mai un DAE su un neonato al di sotto dell'anno.

POSIZIONAMENTO DELLE PIASTRE PEDIATRICHE

Sistemate una prima piastra al centro della schiena del bambino, e la seconda piastra superiore al centro del torace, entrambe in posizione verticale. Collegate le piastre al DAE e procedete secondo le indicazioni fornite a p. 85.

USO DELLE PIASTRE SU UN BIMBO ROBUSTO

Sistemate le piastre sul torace del bambino, così come fareste per un adulto, vale a dire: una sul lato superiore destro, subito sotto la clavicola del bambino, e la seconda sul lato sinistro del torace, subito sotto l'ascella. Fate in modo che il lato lungo della piastra sia verticale, lungo l'asse testa-piedi del bambino.

PASSAGGIO DELLE CONSEGNE AI SERVIZI DI EMERGENZA

Le manovre di rianimazione del bambino devono proseguire finché non subentrano gli operatori dei servizi di emergenza, ai quali bisogna fornire indicazioni riguardanti:

- **Le attuali condizioni del soggetto:** ad esempio, incosciente, assenza di attività respiratoria.
- **Il numero di scariche erogate.**
- **Il momento in cui il soggetto ha perso i sensi** e la durata dello stato d'incoscienza.

▪ **La storia clinica,** se nota.

Le piastre vanno lasciate attaccate al torace anche se il soggetto si riprende. I materiali usati in dotazione al DAE devono essere smaltiti come rifiuti sanitari (p. 238). Tutto quanto prelevato dall'armadietto del DAE va comunicato ai responsabili perché provvedano a reintegrarlo.

SOFFOCAMENTO NELL'ADULTO

AVVERTENZE

- Se il ferito perde coscienza, aprire le vie aeree e controllare la respirazione (p. 63).
Se non respira, praticare la RCP (pp. 66-69) per mitigare l'effetto dell'ostruzione.

SINTOMI

Chiedere al soggetto se si sente soffocare.

Ostruzione lieve:

- Il soggetto riesce a parlare, tossire e respirare.

Ostruzione grave:

- Il soggetto non riesce a parlare, tossire e respirare, possibile perdita di coscienza.

FINALITÀ

- Rimuovere l'ostruzione.
- Disporre il trasferimento in ospedale, se necessario.

Un corpo estraneo può ostruire la gola provocando spasmi muscolari. Se l'ostruzione è di lieve entità, il soggetto dovrebbe riuscire a rimuoverla; se, invece è grave egli non è in grado di parlare, tossire o respirare e potrebbe perdere i sensi. Se sviene, i muscoli della gola si rilassano e le vie aeree si aprono abbastanza per praticare la respirazione artificiale. Iniziate le insufflazioni polmonari e le compressioni toraciche.

CHE COSA FARE

- Se il soggetto respira, fatelo tossire ripetutamente e asportate le cause di ostruzione.



- Se non riesce a parlare, smette di tossire o di respirare, sostenete il torace con una mano, aiutandolo a chinarsi in avanti. A mano aperta, colpitelo con decisione sul dorso, tra le scapole, per un massimo di cinque volte fermandovi se l'ostruzione si risolve.



- Se le percussioni dorsali non hanno esito, provate con le compressioni addominali. Da dietro il soggetto, con le braccia cingete la parte superiore dell'addome. Mettete la mano a pugno tra l'ombelico e la porzione inferiore dello sterno. Con l'altra mano afferratevi il polso e comprimete con decisione dal basso verso l'alto almeno 5 volte.



- Controllate la bocca. Se l'ostruzione non si è risolta, ripetete le fasi 2 e 3 per un massimo di tre volte, ogni volta controllando la bocca.

- Se l'ostruzione persiste, chiamate il 118. Continuate fino all'arrivo dei soccorsi o finché il soggetto non perde conoscenza.

SOFFOCAMENTO NEL BAMBINO (1 anno-pubertà)

AVVERTENZE

- Se il bambino perde coscienza, aprire le vie aeree e controllare la respirazione (p. 73).
Se non respira, praticare la RCP per mitigare gli effetti dell'ostruzione (pp. 76-79).

SINTOMI

Chiedere al bambino se si sente soffocare.

Ostruzione lieve:

- Il bambino riesce a parlare, tossire e respirare.

Ostruzione grave:

- Il bambino non riesce a parlare, tossire e respirare, possibile perdita di coscienza.

FINALITÀ

- Rimuovere l'ostruzione.
- Disporre il trasferimento in ospedale, se necessario.

Nei bambini piccoli gli episodi di soffocamento sono frequenti a causa di un boccone di cibo o di un oggetto che hanno messo in bocca e ha provocato l'ostruzione delle vie aeree. Se il bambino perde coscienza, i muscoli della gola si rilassano e le vie aeree si aprono quel tanto che basta per praticare la respirazione artificiale. In questi casi bisogna essere pronti a iniziare le insufflazioni polmonari e le compressioni toraciche.

CHE COSA FARE

- Se il bambino respira, fatelo tossire più volte per favorire l'espulsione del corpo estraneo e asportatelo.



- Se non riesce a parlare, smette di tossire o di respirare, fatelo chinare in avanti e a mano aperta colpitelo con decisione sul dorso, tra le scapole, per un massimo di 5 volte. controllate la pervietà della bocca.



- Se le percussioni dorsali non hanno esito, provate con quelle addominali. Da dietro il soggetto, cingete la parte superiore dell'addome. Mettete la mano a pugno tra l'ombelico e la porzione inferiore dello sterno. Con l'altra mano afferratevi il polso e comprimete con decisione dal basso verso l'alto almeno 5 volte.



- Se l'ostruzione non si è risolta, ripetete le fasi 2 e 3 per un massimo di tre volte, controllando la bocca.

- Se l'ostruzione persiste, chiamate il 118. Continuate fino all'arrivo dei soccorsi o finché il bambino non perde conoscenza.

ASMA

AVVERTENZE

- Se si tratta del primo attacco e il soggetto non dispone di alcun tipo di farmaco, **chiamare il 118** per richiedere i soccorsi.
- Se il soggetto è incosciente, liberare le vie aeree e controllare il respiro (pp. 54-87).

SINTOMI

- Difficoltà respiratorie.
- Respiro affannoso.
- Il soggetto ha difficoltà ad esprimersi, riesce solo a sussurrare frasi brevi.
- Tosse.
- Angoscia e ansia.
- Sintomi simili all'ipossia (p. 92) quali: colorito bluastrò delle labbra, dei lobi delle orecchie e delle unghie (cianosi).
- Spossatezza, nelle forme gravi. Con l'aggravarsi dell'attacco, il rischio è che smetta di respirare e perda i sensi.

FINALITÀ

- Favorire la respirazione.
- All'occorrenza fare intervenire i sanitari.

CASO PARTICOLARE L'USO DI UN DISTANZIATORE



Il distanziatore è un diffusore di plastica da agganciare all'inalatore in modo tale che il soggetto ispiri il farmaco più efficacemente. Si tratta di un dispositivo particolarmente utile per somministrare i farmaci ai bambini.



CHE COSA FARE

- 1** **Mantenete la calma e rassicurate il soggetto. Fate in modo che usi l'inalatore con il distanziatore, se è disponibile, e invitatelo a fare respiri lenti e profondi.**
- 2** **Aiutatelo a sedersi nella posizione più comoda.**
- 3** **Una crisi dovrebbe attenuarsi in pochi minuti. Se non accade, il soggetto può assumere fino a dieci dosi dall'inalatore, distanziandole di due minuti l'una dall'altra.**

- 4** **Chiamate il 118 se l'attacco è grave e si verifica una delle seguenti situazioni: l'inalatore è inefficace, il soggetto peggiora, le difficoltà respiratorie gli impediscono di parlare, la spossatezza sta prendendo il sopravvento.**

- 5** **Aiutate il soggetto ad utilizzare l'inalatore correttamente. Monitorate i segni vitali (pp. 52-53) fino all'arrivo dei soccorsi.**

L'attacco d'asma provoca la contrazione dei muscoli dei bronchi polmonari (bronicospasmo), con conseguente restringimento delle vie aeree e difficoltà respiratorie.

Talvolta la causa dell'attacco è nota, e può essere una forma allergica, un raffreddore, un farmaco o il fumo di sigaretta, altre volte, invece, è sconosciuta. Molti soffrono di attacchi improvvisi.

Ai primi accenni di un attacco, gli asmatici generalmente ricorrono all'uso di un inalatore "al bisogno", dal tappo blu. Gli inalatori per la terapia di mantenimento, con il tappo marrone o bianco, si usano per prevenire gli attacchi e vanno quindi evitati durante una crisi asmatica.

CROUP

Il croup è una crisi respiratoria che colpisce i bambini piccoli ed è causata dall'infiammazione della trachea e della laringe. Benché sia causa di apprensione, solitamente si risolve senza conseguenze: gli attacchi solitamente sopraggiungono la notte e il pianto del bambino e l'ansia dei genitori ne amplificano la gravità. Se la crisi persiste, è grave o è accompagnata da febbre, si consiglia di contattare i servizi di emergenza, dato che sussiste il rischio, anche se minimo, che il bambino sia affetto da una malattia rara, chiamata epiglottidite, nella quale l'epiglottide (p. 90) si infetta e gonfiandosi può ostruire completamente le vie aeree. In questi casi il bambino necessita di cure mediche urgenti.

CHE COSA FARE

- 1** **Sedete il bambino in grembo e sostenetegli la schiena. Con voce calma, cercate di rassicurarlo, senza farvi prendere dal panico perché allarmandolo l'attacco può aggravarsi.**



- 2** **Dovete sapere che il vapore ha un effetto benefico. Se le condizioni lo permettono, portate il bambino in bagno e fate scorrere acqua bollente dal rubinetto, oppure andate in cucina e mettete a bollire una pentola d'acqua.**

- 3** **Chiamate il medico o, se l'attacco è grave, chiamate il 118 per richiedere l'intervento dei soccorsi. Continuate a monitorare i segni vitali del bambino – reattività, respirazione e polso (pp. 52-53) – nell'attesa dei soccorsi.**

AVVERTENZE

Non infilare le dita nella gola del bambino per non provocare spasmi muscolari con blocco delle vie aeree.

SINTOMI

- Respiro affannoso nei bambini piccoli.

Sintomi concomitanti:

- Tosse secca e abbaianata.
- Stridore soprattutto durante l'inspirazione.
- Raucedine.
- Colorito bluastrò (cianosi).
- Nei casi gravi, per respirare il bambino usa i muscoli intorno al naso, al collo, alla parte superiore del braccio.

Potrebbe trattarsi di epiglottidite se:

- Il bambino è in affanno respiratorio e non migliora.
- Il bambino ha la febbre alta.

FINALITÀ

- Confortare e sostenere il bambino.
- All'occorrenza fare intervenire i sanitari.

SHOCK

AVVERTENZE

- Il soggetto deve astenersi dal bere e dal mangiare perché potrebbe essere sottoposto ad anestesia. Se si lamenta per la sete, è sufficiente inumidire appena le labbra.
- Non lasciare solo il soggetto, a meno che non ci si debba assentare per chiamare i soccorsi.
- Non scaldarlo usando bottiglie di acqua calda o altra fonte diretta di calore.
- Se si tratta di una donna alle ultime settimane di gravidanza, deve distendersi sul fianco sinistro in modo che il peso dell'utero non riduca l'afflusso di sangue verso il cuore.
- Se il soggetto perde coscienza, aprire le vie aeree e controllare la respirazione (Il soggetto in stato d'incoscienza pp. 54-87).

Si tratta di un evento patologico anche mortale che sopravviene per la mancata ossigenazione degli organi vitali, come il cuore e il cervello, a causa di un problema circolatorio. In questi casi l'intervento deve essere tempestivo: bisogna rassicurare il soggetto e sistemarlo in posizione comoda per evitare l'insorgenza dello shock, dato che paura e dolore possono aggravare ulteriormente il quadro.

L'emorragia è la principale causa scatenante e lo shock sopravviene se la perdita di sangue è superiore a 1,2 litri, vale a dire un quinto del sangue in circolo. Un'emorragia così massiva può essere esterna, provenire dagli organi interni o dal versamento ematico all'interno di una cavità (p. 116), oppure dalla rottura di un vaso a causa di una frattura chiusa (pp. 136 e 138). Ma lo shock può manifestarsi in molte altre circostanze: a seguito della perdita cospicua di altri liquidi corporei, come avviene per un forte attacco di diarrea o di vomito, per un'occlusione intestinale e in caso di ustioni gravi; o ancora, quando il cuore non riesce a pompare il sangue per via di una patologia cardiaca, di un infarto o di una insufficienza cardiaca acuta. Ma fra le cause si possono annoverare anche: fortissime infezioni, ipoglicemia, ipotermia, gravi reazioni allergiche (shock anafilattico), overdose da stupefacenti e lesioni del midollo spinale.

CONSEGUENZE DELLA PERDITA DI SANGUE O LIQUIDI

VOLUME PERSO	EFFETTI SULL'ORGANISMO
0,5 litri	▪ Nessun effetto o quasi; si tratta della quantità prelevata quando si dona il sangue
Fino a 2 litri	▪ Rilascio di ormoni come l'adrenalina, accelerazione del polso e sudorazione ▪ I piccoli vasi in zone non vitali si chiudono e dirottano sangue e ossigeno verso gli organi vitali ▪ Si manifesta lo shock
2 litri o più (oltre un terzo della quantità di sangue dell'adulto)	▪ Quando la perdita di sangue o di liquidi si avvicina a tali valori, non si sente più il polso ▪ Il soggetto perde coscienza ▪ La respirazione si riduce e può sopravvenire arresto cardio-respiratorio

Argomenti correlati Emorragia esterna massiva pp. 114-15 | Emorragia interna p. 116 | Ustioni e scottature gravi pp. 174-175 | Il soggetto in stato d'incoscienza pp. 54-87 | Lesioni spinali pp. 157-159 | Shock anafilattico p. 223

CHE COSA FARE

- 1** Trattate qualunque causa di shock riusciate ad individuare, emorragia (pp. 114-15) o gravi ustioni (pp. 174-175). Rassicurate il soggetto.
- 2** Aiutate a sdraiarsi su un tappeto o su una coperta, per ripararlo dal freddo. Sollevate e sorreggete le sue gambe in posizione rialzata rispetto al cuore.



- 3** Chiamate il 118 per richiedere l'intervento dei soccorsi.
- 4** Allentate gli indumenti stretti intorno al collo, al torace e alla vita per ridurre la costrizione.

- 5** Tenete il soggetto al caldo, coprendolo con cappotti o coperte.



- 6** Monitorate e annotate i segni vitali (pp. 52-53) nell'attesa dell'arrivo dei soccorsi.



SINTOMI

Inizialmente:

- Polso accelerato.
- Pelle fredda, pallida e umida.
- Sudorazione.

Quando sopravviene lo shock:

- Respiro accelerato e superficiale.
- Polso debole e flebile. Quando non si sentono più le pulsazioni al polso significa che il sangue in circolo si è ridotto del 50%.
- Colorito bluastrò (cianosi), soprattutto all'interno delle labbra. L'unghia o il lobo, se premuti, non riacquistano subito il colore iniziale.
- Debolezza e vertigini.

Quando si riduce l'apporto di ossigeno al cervello:

- Irrequietezza e aggressività
- Sbadigli e ansimi alla ricerca di aria.
- Perdita di coscienza.
- Arresto cardiaco.

FINALITÀ

- Riconoscere lo shock.
- Trattare qualunque causa evidente di shock.
- Migliorare l'afflusso di sangue al cervello, al cuore e ai polmoni.
- Disporre il trasferimento urgente in ospedale.

EMORRAGIA ESTERNA MASSIVA

AVVERTENZE

- Il soggetto deve astenersi dal bere e dal mangiare perché potrebbe essere sottoposto ad anestesia.
- Se il soggetto perde coscienza, aprire le vie aeree e controllare il respiro (pp. 54-87).

FINALITÀ

- Contenere il sanguinamento.
- Prevenire e ridurre al minimo gli effetti dello shock.
- Limitare l'infezione.
- Disporre il trasferimento urgente in ospedale.

L'esperienza di un sanguinamento massivo può essere drammatica e angosciante, anche perché, se non lo si riesce a controllare, il soggetto rischia lo shock e la perdita dei sensi. Un sanguinamento dalla bocca o dal naso può compromettere la respirazione. In caso di emorragia occorre innanzi tutto verificare la presenza di un corpo estraneo nella ferita, senza esercitare pressione diretta. Il soggetto non deve bere né mangiare, dato che potrebbe essere sottoposto ad anestesia.

CHE COSA FARE

1 Togliete o tagliate gli indumenti per scoprire la ferita (p. 232).



2 Con una medicazione sterile o un tampone pulito, comprimate la ferita con le dita. Se non avete garze, chiedete al soggetto di tenere premuta la ferita. Se è presente un corpo estraneo, la pressione va esercitata lateralmente ad esso (a lato).



3 Per contenere il sanguinamento dovete tenere premuta la ferita, sollevare e sorreggere l'arto oltre l'altezza del cuore.

4 Aiutate il soggetto a sdraiarsi su un tappeto o una coperta per tenerlo al caldo. Per prevenire lo shock (pp. 112-113), sorreggetegli le gambe sollevandole più in alto rispetto al cuore. **Chiamate il 118 per richiedere soccorso**, fornendo informazioni sull'ubicazione e l'estensione della ferita.



5 Fissate la garza con una benda stretta quanto basta per comprimere la ferita, ma senza bloccare la circolazione (p. 243). **Chiamate il 118 per richiedere l'intervento dei soccorsi.**

6 Se una prima medicazione non basta, applicatene una seconda; se entrambe si macchiano di sangue sostituitele con una garza pulita, ben premuta sul punto del sanguinamento.

7 Sostenete la parte ferita in posizione sollevata con una fasciatura. Controllare che il bendaggio non pregiudichi la circolazione (p. 243); se si verifica un'alterazione circolatoria, allentate il bendaggio.

8 Monitorate e annotate i segni vitali – reattività, respirazione e polso (pp. 52-53) – nell'attesa dell'arrivo dei soccorsi.

CASO PARTICOLARE CORPO ESTRANEO NELLA FERITA



1 Per ridurre l'emorragia fate pressione non direttamente sul corpo estraneo, ma lateralmente ad esso, in modo da riavvicinare i lembi della ferita. Non tentate di estrarlo. Sollevare l'arto più in alto rispetto al cuore.

3 Eseguite le operazioni previste in caso di shock (pp. 112-113). **Chiamate il 118 per richiedere i soccorsi.** Monitorate e annotate i segni vitali (pp. 52-53) nell'attesa dei soccorsi.



2 Per proteggere la ferita sistemate una garza sul corpo estraneo, sovrapponetene più strati lateralmente e fasciate con cautela e senza premere (p. 121). Ogni 10 minuti controllate se il sangue circola bene sotto la benda; in caso contrario, allentate il bendaggio.

EPISTASSI

AVVERTENZE

- Impedire al soggetto di reclinare la testa onde evitare che il sangue, defluendo in gola, provochi conati di vomito.

FINALITÀ

- Mantenere le vie aeree libere.
- Contenere l'emorragia.

CHE COSA FARE



- 1** Fate sedere il soggetto con la testa china in avanti per favorire il drenaggio del sangue dalle narici. Chiedetegli di respirare con la bocca (cosa che, tra l'altro, ha un effetto calmante) e di stringersi per 10 minuti la parte molle del naso.
- 2** Invitatelo a non parlare, deglutire, tossire, sputare o annusare per evitare di disgregare i coaguli nel naso. Dategli un fazzoletto pulito per asciugarsi il naso.
- 3** Trascorsi 10 minuti, dite al soggetto di rilasciare le narici; se perde ancora sangue deve stringere ancora le narici per due volte, tenendole premute per 10 minuti ogni volta.

- 4** Quando l'epistassi è cessata, con il soggetto sempre chino in avanti, pulite la zona intorno al naso con acqua tiepida. Sugeritegli di stare a riposo per alcune ore, evitare sforzi, non soffiarsi il naso.

- 5** Se l'epistassi cessa e riprende, aiutate il soggetto a tenere premuto il naso.
- 6** Se il sanguinamento è massivo, oppure persiste per oltre 30 minuti, accompagnate o mandate il soggetto in ospedale.

CASO PARTICOLARE EPISTASSI

Vedere sanguinare il naso può essere un'esperienza angosciante per un bambino. Rassicuratelo, fatelo chinare in avanti e stringetegli le narici. Dategli una ciotola nella quale sputare o far cadere il muco nasale.



Il sanguinamento dal naso (epistassi) solitamente sopravviene in seguito alla rottura di piccoli vasi sanguigni all'interno delle narici provocata da un colpo, uno starnuto o da un dito nel naso, ma può anche essere dovuto alla pressione alta o all'assunzione di farmaci anticoagulanti.

L'epistassi è grave se il sanguinamento è massivo: se il soggetto ha subito un trauma cranico il sangue ha un'apparenza inconsistente e acquosa. È questo un segno clinico di una certa gravità perché indica una frattura cranica con fuoriuscita di liquido intorno al cervello.

AVULSIONE DI UN DENTE PERMANENTE

Il dente permanente caduto andrebbe subito reimpiantato nel suo alveolo o tenuto comunque in bocca. Se il soggetto non riesce a farlo, bisogna immergere il dente in un contenitore con del latte per evitare che si disidrata.

AVVERTENZE

- Non pulire il dente caduto per non danneggiare i tessuti e non pregiudicare le possibilità di re-impianto.

CHE COSA FARE



- 1** Spingete delicatamente il dente nell'alveolo. Tenete premuta fra i denti una compressa di garza per mantenere il dente nella giusta posizione.

- 2** Chiedete al soggetto di tenere fermo il dente nel suo alveolo e invitatelo a recarsi dal dentista o in ospedale.

SANGUINAMENTO DALLA BOCCA

I tagli sulla lingua, sulle labbra o nell'interno della bocca possono essere lesioni di poco conto o ferite più gravi, causate da un morso involontario o dall'estrazione di un dente. A un sanguinamento diffuso è legato il rischio d'inalazione di sangue nei polmoni con conseguenti difficoltà respiratorie.

AVVERTENZE

- Consultare il medico se la ferita è grande, l'emorragia persiste per oltre 30 minuti, oppure cessa e poi riprende.

FINALITÀ

- Contenere l'emorragia.
- Non ostruire le vie aeree prevenendo l'ingestione del sangue.

CASO PARTICOLARE EMORRAGIA DELL'ALVEOLO

Collocare un rotolino di garza, sufficiente a impedire che i denti delle due arcate si tocchino, all'interno dell'alveolo: il ferito deve morderla per bloccarla e contenere l'emorragia.



CHE COSA FARE

- 1** Fate sedere il soggetto con la testa china in avanti, leggermente inclinata sul lato della lesione per favorire il drenaggio del sangue dalla bocca. Sistemate una garza sterile sulla ferita e chiedete al soggetto di tenerla premuta per 10 minuti.



- 2** Se l'emorragia persiste, sostituite la compressa di garza e dite al soggetto di lasciare gocciolare via il sangue: l'ingestione può causare vomito. Il ferito non deve sciacquare la bocca per non disgregare i coaguli, né bere bevande calde per 12 ore.

FERITA A UN DITO

AVVERTENZE

Sollecitate l'intervento medico urgente di caso di:

- dolore intenso
- forte sanguinamento
- perdita di tessuto o dell'unghia, o amputazione di una parte del dito
- deformazione evidente
- formicolio, debolezza, perdita del movimento nel dito o nella mano

Le lesioni alle dita sono comuni e possono variare da modesti tagli e abrasioni a ferite profonde che possono coinvolgere ossa, tendini e legamenti. Molto comuni sono anche le lesioni alle unghie. Tutte le ferite alle dita devono essere curate con attenzione, perché la mano è una parte del corpo complessa e chiamata a esercitare innumerevoli funzioni.

Un taglio a un dito può coinvolgere solo la cute o interessare vasi sanguigni, nervi e tendini sottocutanei. Il sanguinamento può essere profuso e se le strutture sottostanti sono danneggiate si possono produrre lividi, deformazioni, perdita di movimento e di sensibilità.

CHE COSA FARE

FINALITÀ

- Contenere l'emorragia.
- Stabilire se è necessario l'intervento di un medico.



1 Premete sulla ferita una medicazione sterile o una compressa di garza sterile per controllare il sanguinamento.

2 Sollevate e sostenete la mano e continuate a esercitare una pressione sulla ferita fino a cessazione del sanguinamento.



3 Coprite la ferita per proteggerla: a tale scopo applicate un cerotto o, se la ferita è estesa, con una medicazione sterile che fisserete con una benda.

4 Chiedete l'intervento di un medico se necessario. Se dovete portare il ferito in ospedale, fategli tenere sollevato il braccio ferito (p. 252).

FERITE AL PALMO

Il palmo della mano essendo molto vascolarizzato tende a sanguinare parecchio. Un taglio profondo può recidere i tendini e i nervi della mano con conseguente perdita della sensibilità o della funzionalità delle dita. Bendare il pugno è un modo efficace di contenere l'emorragia, ma diventa inattuabile se la ferita presenta un corpo estraneo, dato che la persona non può chiudere la mano a pugno. Nel caso specifico bisogna seguire le indicazioni illustrate a p. 122.

FINALITÀ

- Contenere l'emorragia e prevenire lo shock.
- Ridurre al minimo il rischio di infezione.
- Disporre il trasferimento in ospedale.

CHE COSA FARE

1 Premete sul palmo una medicazione sterile o una compressa di garza pulita. Chiedete al soggetto di chiudere la mano a pugno.



2 Sollevare la mano. Fasciate le dita in modo che siano ripiegate sulla garza, lasciando libero il pollice per verificare la circolazione. Legate i due capi della benda sopra le dita in modo da comprimere ulteriormente.

3 Sostenete il braccio in un'imbracatura con benda ad armacollo (p. 252) e accompagnate o mandate il soggetto in ospedale.

FERITE NELLE PIEGHE ARTICOLARI

All'interno del gomito e dietro il ginocchio decorrono grandi vasi che, se recisi, provocano un sanguinamento massivo. Le indicazioni che seguono sono utili a contenere l'emorragia e gli effetti dello shock. Assicurate la circolazione e una corretta irrorazione della regione.

FINALITÀ

- Contenere l'emorragia.
- Prevenire il rischio di shock.
- Disporre il trasferimento in ospedale.

CHE COSA FARE

1 Tenete premuta sulla ferita una medicazione sterile, o una garza pulita e non fioccosa, e premete per contenere il sanguinamento.

2 Fissate la garza con una benda per mantenere la pressione. Tenete il ferito straiato con le gambe sollevate. Accompagnatelo in ospedale.

3 Ogni 10 minuti controllate la circolazione (p. 243) negli arti inferiori e se necessario allentate il bendaggio.

USTIONI E SCOTTATURE LIEVI

AVVERTENZE

- Non rompete le vesciche e non interferite sulla zona lesa.
- Non applicare sulla pelle medicazioni adesive o cerotti che possono lacerare la cute danneggiata al momento della rimozione.
- Non applicate sull'ustione creme o pomate, potrebbero danneggiare i tessuti e aumentare il rischio di infezione.
- È sconsigliato l'uso di speciali medicazioni, spray e gel refrigeranti.
- Non applicare cerotti per vesciche sull'ustione.

SINTOMI

- Cute arrossata.
- Dolore in corrispondenza dell'ustione.

Con conseguente insorgenza di:

- Vesciche sulla cute ustionata.

FINALITÀ

- Arrestare l'ustione.
- Alleviare dolore e gonfiore.
- Contenere il rischio di infezione.

CASO PARTICOLARE
LE VESCICHE

Non esiste terapia per le vesciche e non vanno fatte scoppiare. Qualora una vescica scoppiasse o rischiasse di scoppiare, bisogna coprirlo con una medicazione sterile non adesiva più grande dell'ustione da lasciare sulla parte finché la vescica non si riassorbe.

Gli incidenti domestici spesso provocano piccole ustioni superficiali e scottature: il contatto con il ferro da stiro o l'acqua bollente rovesciata sulla pelle. Quasi tutte le ustioni lievi si curano sul momento e guariscono spontaneamente. Tuttavia, se l'entità della lesione è fonte di inquietudine conviene consultare un medico (Valutazione delle ustioni pp. 172-173).

All'ustione fa seguito la formazione delle vesciche, che sono bollicine di raccolta dei liquidi persi nella zona ustionata, appena sotto la superficie cutanea. Non si dovrebbero mai far scoppiare le vesciche da ustioni per non infettare la ferita.

CHE COSA FARE



1 Fate scorrere molta acqua sull'ustione per almeno 10 minuti o finché si attenua il dolore. Se non avete acqua, usate qualsiasi liquido freddo, purché innocuo, come il latte.

2 Togliete delicatamente gioielli, orologi, cinture o indumenti aderenti prima che la zona ustionata inizi a gonfiare.



3 Raffreddata l'ustione, copritela con pellicola da cucina, scartando i primi due giri. Mani e piedi vanno infilati in un sacchetto di plastica pulito. Se non avete pellicola o sacchetti, usate una medicazione sterile non fioccosa e fasciate con un bendaggio non stretto.

4 Consultate un medico se l'ustionato è un bambino o se avete dubbi sulle sue condizioni.

USTIONI DELLE VIE AEREE

Le ustioni al volto e/o all'interno della bocca e della gola sono eventi di una certa gravità, perché associati al gonfiore delle vie aeree. Solitamente i segni sono evidenti, ma bisogna sempre sospettare una lesione delle vie aeree se il soggetto si ustiona in spazi angusti dato che, con molta probabilità, avrà inalato aria o gas caldi. Non esistono cure di primo soccorso specifiche nell'eventualità gravissima di ustioni delle vie aeree; il gonfiore ne provoca l'ostruzione in pochissimo tempo e il rischio di ipossia è concreto. In questi casi occorrono cure specialistiche tempestive.

CHE COSA FARE

1 Chiamate il 118 per richiedere l'arrivo dei soccorsi. Comunicate subito che si tratta di un caso di ustione delle vie aeree.

2 Fate in modo che il ferito abbia più aria possibile, allentando gli indumenti che stringono il collo.



3 Date al soggetto del ghiaccio da succhiare o dei sorsi di acqua fredda per ridurre dolore e gonfiore.

4 Rassicurate il soggetto. Monitorate e annotate i segni vitali (pp. 52-53) nell'attesa dei soccorsi.

AVVERTENZE

Se il soggetto perde coscienza, aprire le vie aeree e controllare la respirazione (pp. 54-87).

SINTOMI

Si possono riscontrare:

- Fuliggine attorno al naso o alla bocca.
- Peli del naso bruciacchiati.
- Arrossamento, gonfiore o vera e propria ustione della lingua.
- Danni alla cute attorno alla bocca.
- Arrochimento della voce.
- Difficoltà respiratorie.

FINALITÀ

- Mantenere le vie aeree libere.
- Disporre il trasferimento urgente in ospedale.

Argomenti correlati

Il soggetto in stato d'incoscienza pp. 54-87 | Ipossia p. 92 | Shock pp. 112-113

COLLASSO DA CALORE

SINTOMI

Con l'evolversi del disturbo si possono riscontrare:

- Cefalea, vertigini e stato confusionale.
- Perdita dell'appetito e nausea.
- Sudorazione, pallore, pelle umida.
- Crampi agli arti e all'addome.
- Polso e respirazione rapidi che vanno affievolendosi.

FINALITÀ

- Raffreddare il soggetto.
- Reintegrare liquidi e sali minerali.
- Richiedere soccorsi se necessario.

CHE COSA FARE

- 1** Fate distendere il soggetto in un luogo fresco e ombreggiato e invitatelo a sollevare le gambe.



- 3** Monitorate e annotate i segni vitali – reattività, respirazione e polso (pp. 52-53) –. Anche se si riprende rapidamente, è bene che il soggetto si rivolga al medico.

Il disturbo, causato dalla perdita di liquidi e sali minerali, è conseguente ad una sudorazione eccessiva; l'insorgenza è graduale e spesso colpisce chi non è abituato a condizioni climatiche caldo-umide. I soggetti più esposti al collasso da calore sono persone affette da malattie che si manifestano, tra l'altro, con nausea e vomito.

Il collasso da calore sopravviene anche quando il corpo produce più calore di quanto non riesca a tollerare: è questa l'eventualità più frequente, ma anche la più grave. Alcune sostanze chimiche, come l'ecstasy, alterano la termoregolazione. Un effetto che, associato al ballo scatenato in un locale dove fa caldo, può determinare surriscaldamento e disidratazione che portano al colpo di calore o persino alla morte.

- 2** Fate bere molta acqua. Le soluzioni reidratanti e le bevande isotoniche favoriscono il reintegro di sali e glucosio.

- 4** Se i segni vitali peggiorano, chiamate il 118 per richiedere l'intervento dei soccorsi. Monitorate i segni vitali – reattività, respirazione e polso (p. 52-53) – nell'attesa dei soccorsi.

COLPO DI CALORE

Il colpo di calore sopravviene per una disfunzione del "termostato" che abbiamo nel cervello, deputato alla termoregolazione. Il corpo si surriscalda pericolosamente, solitamente a causa della febbre alta o della prolungata esposizione a una fonte di calore. Alcune volte il colpo di calore segue il collasso da calore, quando la sudorazione cessa e l'organismo non riesce più a raffreddarsi tramite l'evaporazione del sudore. Talvolta è conseguente all'assunzione di ecstasy e si manifesta senza preavviso: il soggetto perde coscienza pochi minuti dopo aver accusato il malessere.

CHE COSA FARE

- 1** Spostate rapidamente il soggetto in un luogo fresco e spogliatelo di più indumenti possibile. Chiamate il 118 per richiedere l'intervento dei soccorsi.
- 2** Avvolgete il soggetto in un telo freddo e umido finché la sua temperatura corporea scende a 38 °C (sublinguale) o a 37,5 °C (sottoascellare). Continuate a inumidire il telo bagnandolo con acqua fredda. Se non disponete del telo, fategli aria o spugnature fredde.



- 3** Quando la temperatura sembra essere ritornata su valori normali, sostituite il telo umido con un panno asciutto.

- 4** Monitorate e annotate i segni vitali – reattività, respirazione e polso (pp. 52-53) – nell'attesa dei soccorsi. Se la temperatura sale di nuovo, ripetete tutte le operazioni.

AVVERTENZE

- Se il soggetto perde coscienza, aprire le vie aeree e controllare la respirazione (pp. 54-87).

SINTOMI

Si possono riscontrare:

- Cefalea, vertigini e fastidio.
- Irrequietezza e stato confusionale.
- Pelle calda, arrossata e secca.
- Rapido deterioramento della reattività.
- Polso pieno e "saltellante".
- Temperatura corporea oltre 40 °C.

FINALITÀ

- Abbassare la temperatura corporea del soggetto quanto più rapidamente possibile.
- Disporre il trasferimento urgente in ospedale.

CORPI ESTRANEI NELL'OCCHIO

AVVERTENZE

- Non toccare l'eventuale corpo estraneo sull'occhio o dentro il bulbo oculare. Coprire l'occhio (p. 123) e trasferite l'infortunato in ospedale.

SINTOMI

- Vista annebbiata.
- Dolore o fastidio.
- Rossore e lacrimazione dell'occhio.
- Palpebre contratte dallo spasmo.

FINALITÀ

- Prevenire lesioni oculari.

CASO PARTICOLARE
OGGETTO SOTTO
LA PALPEBRA

Il soggetto deve afferrare le ciglia della palpebra superiore per sovrapporla a quella inferiore, le cui ciglia possono asportare il corpo estraneo. Se ciò non avviene, il soggetto può provare a sbattere le palpebre sotto l'acqua per far scivolar via il corpo estraneo, ma solo se è di piccole dimensioni e non abrasivo.



Se per rimuovere alcuni corpi estranei come la sabbia, una ciglia o una lente a contatto, che si spostano sulla superficie dell'occhio basta sciacquare abbondantemente l'occhio, altrettanto non si può dire per un corpo estraneo aderente all'occhio o penetrato nel bulbo oculare. In questi casi la rimozione va evitata, per non danneggiare l'occhio, e il soggetto deve farsi visitare da un oculista.

CHE COSA FARE

- 1 Il soggetto non deve sfregarsi l'occhio. Fatelo sedere con il volto rivolto verso la luce.



- 2 Sistemati a fianco o dietro il soggetto, con i pollici, o con pollice e indice, distanziate delicatamente le palpebre. Chiedetegli di guardare a destra, a sinistra, in alto e in basso e nel frattempo esaminate l'occhio.

- 4 Se la manovra non ottiene l'effetto sperato, provate a rimuovere il corpo estraneo con una compressa di garza umida o con l'angolo inumidito di un fazzoletto di stoffa o di carta pulito. Se il tentativo è vano, ricorrete alle cure mediche.



- 3 Se rilevate un corpo estraneo sulla sclera, sciacquatela con acqua pulita, versata con un bicchiere o una brocca, o con un collirio sterile. Tenendogli l'occhio aperto, versate l'acqua dall'angolo interno.

CORPI ESTRANEI NELL'ORECCHIO

Un corpo estraneo nell'orecchio, bloccando il canale uditivo, può causare sordità temporanea. In alcuni casi può anche danneggiare il timpano. Capita spesso che i bambini piccoli s'infilino qualcosa nelle orecchie o che l'ovatta dei cotton fioc rimanga nel canale uditivo. Talvolta anche gli insetti s'infilano nell'orecchio causando dolore e angoscia.

CHE COSA FARE

- 1 Disponete il trasferimento urgente in ospedale, senza tentare di estrarre il corpo estraneo dall'orecchio.
- 2 Rassicurate il soggetto durante il tragitto o nell'attesa dell'arrivo dei soccorsi.

CASO PARTICOLARE INSETTO NELL'ORECCHIO

Rassicurare il soggetto e invitarlo a sedersi. Sorreggergli la testa con l'orecchio colpito rivolto verso l'alto. Versare delicatamente dell'acqua tiepida nell'orecchio per far volare via l'insetto. Se la manovra è inefficace consultare il medico.



AVVERTENZE

- Non tentare di rimuovere il corpo estraneo dall'orecchio onde evitare di procurare lesioni gravi o di spingerlo ancor più in profondità.

FINALITÀ

- Prevenire ulteriori lesioni.
- Rimuovere l'insetto.
- Disporre il trasferimento in ospedale se il corpo estraneo è all'interno dell'orecchio.

CORPI ESTRANEI NEL NASO

Capita che i bambini s'infilino oggetti di piccole dimensioni nel naso causando ostruzione e infezione. Un oggetto affilato può danneggiare i tessuti, mentre le batterie possono ustionare le pareti e causare sanguinamento. È bene non rimuovere l'oggetto onde evitare altre lesioni o spingerlo in profondità.

CHE COSA FARE

- 1 Fate in modo che il soggetto rimanga calmo e respiri dalla bocca con una frequenza respiratoria normale. Deve evitare di mettersi le dita nel naso per cercare di estrarre il corpo estraneo.
- 2 Accompagnatelo o mandatelo in ospedale, in modo che il corpo estraneo venga asportato dai sanitari.

AVVERTENZE

- Non tentare di estrarre il corpo estraneo anche se ben visibile.

SINTOMI

- Si possono riscontrare:
- Difficoltà respiratorie o respiro rumoroso dal naso.
 - Gonfiore al naso.
 - Muco maleodorante o sanguinolento che indica la presenza di un corpo estraneo.

FINALITÀ

- Disporre il trasferimento in ospedale.

AVVELENAMENTO DA ALCOL

AVVERTENZE

- Non indurre mai il vomito.
- Se il soggetto perde coscienza, aprire le vie aeree e controllare la respirazione (il soggetto in stato d'incoscienza pp. 54-87).

SINTOMI

Si possono riscontrare:

- Forte odore di alcol.
- Bottiglie o lattine vuote.
- Alterazioni dello stato di coscienza: il soggetto risponde se scosso, ma ritorna subito soporifero.
- Volto arrossato e sudato.
- Respiro profondo e rumoroso.
- Polso pieno e "saltellante".
- Perdita di coscienza.

Nelle fasi più avanzate dello stato d'incoscienza:

- Respiro superficiale.
- Polso accelerato e debole.
- Pupille dilatate scarsamente reattive alla luce.

FINALITÀ

- Mantenere le vie aeree libere.
- Valutare la presenza di altre patologie concomitanti.
- Affidarsi alle cure dei sanitari.

L'alcol, il cui nome chimico è etanolo, è una sostanza che deprime l'attività del sistema nervoso centrale, in particolare del cervello. L'assunzione prolungata o eccessiva può alterare gravemente le funzioni fisiche e mentali e la persona può cadere in uno stato d'incoscienza profondo. L'avvelenamento da sostanze alcoliche comporta altri rischi quali l'inalazione o l'ingestione di vomito quando il soggetto non è cosciente o l'ipotermia, data la perdita di calore conseguente alla vasodilatazione provocata dall'alcol. Se una persona puzza di alcol sussiste il rischio che la diagnosi e la terapia siano fuorviate e non si individuino magari le vere cause che hanno determinato lo stato d'incoscienza, quali trauma cranico, ictus, attacco cardiaco o crisi ipoglicemica.

CHE COSA FARE

- 1 Coprite il soggetto con una coperta per evitare che abbia freddo.



- 2 Esaminatelo per individuare traumi cranici, in particolare, e altri disturbi concomitanti.
- 3 Monitorate e annotate i segni vitali – reattività, respirazione e polso (pp. 52-53) – finché il soggetto non si riprende o viene affidato alle cure dei sanitari. Se nutrite dubbi sulle sue condizioni, chiamate il 118 per richiedere l'intervento dei soccorsi.

MORSI ANIMALI E UMANI

I morsi provocati da denti appuntiti possono provocare ferite profonde che danneggiano i tessuti e facilitano l'ingresso dei germi. I morsi frantumano anche i tessuti. Qualsiasi morso che laceri la cute deve essere subito curato, dato l'elevato rischio d'infezione. La rabbia è un'infezione grave, di origine virale e potenzialmente letale, che colpisce il sistema nervoso: il virus si annida nella saliva degli animali infetti. Se si viene morsi in una zona geografica a rischio rabbia, bisogna rivolgersi immediatamente al medico per sottoporsi a vaccinazione antirabbica. Occorre cercare d'individuare l'animale responsabile del morso. Anche il tetano è un'infezione che può manifestarsi in seguito al morso di un animale. Nel morso umano, il rischio di trasmissione dei virus dell'epatite è minimo, ed è ancor più ridotto per il virus dell'HIV. In ogni caso è bene consultare il medico.

CHE COSA FARE

- 1 Lavate bene la ferita con acqua calda e sapone per ridurre al minimo il rischio d'infezione.
- 2 Sollevate e sorreggete la parte ferita; tamponate con compresse di garza pulite, poi coprite con una medicazione sterile.



- 3 Accompagnate o mandate il soggetto in ospedale se la ferita è grande o profonda.

AVVERTENZE

- Se sussiste il sospetto che si tratti di rabbia, occorre accompagnare o mandare subito il soggetto in ospedale. Consultare un medico se:
 - la ferita è sporca
 - il soggetto non ha mai fatto l'antitetanica
 - il soggetto non ricorda il numero e le date di vaccinazione
 - il soggetto non è stato sottoposto ad almeno cinque inoculazioni.

FINALITÀ

- Contenere l'emorragia.
- Ridurre il rischio di infezione.
- Affidarsi alle cure dei sanitari, se necessario.

CASO PARTICOLARE FERITA PROFONDA

Per contenere il sanguinamento di una ferita, compprimerla con un tampono di garza sterile. Coprire la ferita, tamponandola con una medicazione sterile o una compressa di garza, pulita e non fioccosa, e mettere il bendaggio. Trattare gli eventuali sintomi di shock e chiamare il 118.



PUNTURE D'INSETTI

AVVERTENZE

▪ **Chiamare il 118 per richiedere l'arrivo dei soccorsi** se il soggetto mostra segni di shock anafilattico (p. 221), quali difficoltà respiratorie e/o gonfiore del volto e del collo. Nell'attesa, monitorare e annotare i segni vitali (pp. 52-53).

SINTOMI

- Dolore intorno alla puntura.
- Rossore e gonfiore intorno alla puntura.

FINALITÀ

- Alleviare gonfiore e dolore.
- Disporre il trasferimento in ospedale se necessario.

CASO PARTICOLARE
PUNTURE IN BOCCA
E IN GOLA

La puntura in bocca rischia di provocare gonfiore dei tessuti della bocca e/o della gola con ostruzione delle vie aeree. Per prevenire tale evenienza, è bene dare al soggetto un cubetto di ghiaccio da succhiare o un bicchiere d'acqua fredda da sorseggiare. **Chiamare il 118** ai primi accenni di gonfiore.



In genere le punture di api, vespe o calabroni sono più dolorose che pericolose. Il dolore lancinante iniziale è seguito da leggero gonfiore, arrossamento e dolorabilità. Tuttavia, molte punture d'insetti possono generare una reazione grave. Le punture in bocca o in gola sono pericolose, perché il gonfiore può ostruire le vie aeree. Nell'eventualità di un morso o di una puntura, è essenziale controllare la comparsa dei segni di reazione allergica che può determinare uno shock anafilattico (p. 223).

CHE COSA FARE

1 Se il pungiglione è visibile, estraetelo spingendolo lateralmente con l'angolo di una carta di credito o con l'unghia del dito. Non usate le pinzette per evitare di schiacciare il pungiglione.



2 Sollevare la parte interessata e applicate un impacco freddo (p. 241) per almeno 10 minuti. È opportuno rivolgersi al medico qualora il dolore e il gonfiore persistano.



3 Monitorate e annotate i segni vitali – reattività, respirazione e polso (pp. 52-53) – controllando l'eventuale comparsa di segni di reazione allergica, quali difficoltà respiratorie (dispnea).

PUNTURE DI ZECCA

Le zecche sono minuscole creature simili ai ragni che vivono nei prati e nei boschi. Si attaccano agli animali che passano (e anche all'uomo) e pungono la pelle per succhiare il sangue. Riempiendosi di sangue, la zecca si gonfia fino a raggiungere la grandezza di un pisello e diventa facilmente visibile. Le zecche sono portatrici di malattie e di infezioni e come tali vanno subito rimosse.

CHE COSA FARE



1 Con le pinzette, afferrate la testa della zecca quanto più vicino alla pelle. Non ruotate le pinzette e non fate movimenti bruschi: parti della bocca potrebbero restare nella puntura, oppure la zecca potrebbe rigurgitare liquidi infetti nella cute.

AVVERTENZE

- Per estrarre la zecca non usare burro o vaselina e non bruciarla o congelarla poiché potrebbe rigurgitare liquidi infetti nella ferita.

FINALITÀ

- Estrarre la zecca.
- 2** Tenete la zecca perché possa essere esaminata e riponetela in un sacchetto di plastica. Il soggetto deve rivolgersi al medico portando con sé la zecca per eventuali analisi.

PUNTURE E MORSI DI ALTRO TIPO

I morsi di alcune specie di scorpioni e ragni così come le punture di certe zanzare, oltre a provocare malattie gravi, possono essere letali in assenza di un intervento tempestivo. I morsi e le punture in bocca o in gola sono pericolosi per via del gonfiore che può ostruire le vie aeree. Ed è opportuno prestare attenzione alle reazioni allergiche che rischiano di degenerare in uno shock anafilattico (p. 223).

CHE COSA FARE

1 Rassicurate il soggetto, aiutatelo a sedersi o a distendersi.

2 Sollevare la parte interessata e applicate un impacco freddo, la borsa del ghiaccio ad esempio (p. 241), per almeno 10 minuti per ridurre il gonfiore.

3 Monitorate i segni vitali – reattività, respirazione e polso (pp. 52-53) – controllando l'eventuale comparsa di segni tipici della reazione allergica, come la dispnea.

AVVERTENZE

- **Chiamare il 118** se il soggetto è stato morso da uno scorpione, un ragno dal dorso rosso, un ragno dei cunicoli (*Atrax robustus*) o se rischia lo shock anafilattico (p. 221).

SINTOMI

- Variano secondo le specie, ma solitamente si riscontra:
- Dolore, rossore e gonfiore in corrispondenza della puntura.
 - Nausea e vomito.
 - Cefalea.

FINALITÀ

- Alleviare gonfiore e dolore.
- Disporre il trasferimento in ospedale se necessario.

DIABETE MELLITO

Si tratta di una malattia cronica per la quale l'organismo produce una quantità insufficiente d'insulina, una sostanza chimica secreta dal pancreas (una ghiandola dietro lo stomaco) che regola il livello di glucosio (zuccheri) nel sangue. Queste alterazioni possono portare il glucosio a livelli superiori alla norma (iperglicemia) o abbassarlo (ipoglicemia). Se un diabetico ha un malessere, l'assunzione di zucchero gli consente di contrastare la crisi ipoglicemica e difficilmente può rivelarsi dannosa, qualora si tratti di iperglicemia.

TIPI DI DIABETE

Il diabete si distingue in diabete di tipo 1, o insulinodipendente, e di tipo 2, detto anche non insulino-dipendente. Nel diabete di tipo 1, la produzione di insulina da parte dell'organismo è scarsa, se non nulla. Le persone affette da diabete di tipo 1 devono iniettarsi insulina per tutta la vita. Talvolta viene

definito diabete giovanile o diabete ad insorgenza precoce, dato che tende a manifestarsi durante l'infanzia o l'adolescenza. La somministrazione d'insulina avviene per mezzo di una siringa o di una penna da insulina e in alcuni casi attraverso un microinfusore, grande quanto un mazzo di carte e fissato al corpo con una cinghia, dal quale parte un tubicino flessibile che termina con un'agocannula inserita nel tessuto sottocutaneo. Nel diabete di tipo 2 la produzione d'insulina è insufficiente o il suo uso è inefficace. Questa forma di diabete è legata all'obesità ed è nota anche come diabete a insorgenza tardiva, e come tale più frequente negli ultraquarantenni. La familiarità aumenta il rischio di sviluppare la malattia. Il diabete di tipo 2 si controlla con la dieta, la perdita di peso e l'attività fisica regolare, anche se talvolta è necessario ricorrere all'assunzione di farmaci e alle iniezioni d'insulina.

IPERGLICEMIA

AVVERTENZE

- Se il soggetto perde coscienza, aprire le vie aeree e controllare la respirazione (pp. 54-87).

SINTOMI

- Pelle calda e asciutta.
- Polso e respiro accelerati.
- Alito dolce e sete eccessiva.
- Sonnolenza che, se non trattata, porta alla perdita di coscienza.

FINALITÀ

- Disporre il trasferimento urgente in ospedale.

Il livello di zuccheri nel sangue aumenta lentamente nell'arco di giorni. Chi soffre di iperglicemia indossa appositi braccialetti, piastrine o tesserini che segnalano la patologia ai soccorritori. L'iperglicemia non trattata provoca la perdita di coscienza (coma diabetico) e come tale richiede l'immediato ricovero in ospedale.

CHE COSA FARE

1 Chiamate il 118 per richiedere l'intervento dei soccorsi, segnalando alla centrale operativa che temete si tratti di crisi iperglicemica.

2 Monitorate e annotate i segni vitali – reattività, respirazione e polso (pp. 52-53) – nell'attesa dei soccorsi.

IPOGLICEMIA

L'ipoglicemia si manifesta quando il livello di zuccheri nel sangue raggiunge valori al di sotto della norma ed è accompagnata da un rapido deterioramento della reattività. L'ipoglicemia insorge in presenza di uno squilibrio tra insulina e zuccheri, ad esempio se il diabetico salta un pasto, o fa troppa attività fisica. È più frequente nelle persone alle quali il diabete è stato diagnosticato da poco e non sanno ancora equilibrare bene i livelli di zuccheri, ma può manifestarsi, in seguito a una crisi epilettica (pp. 216-217) o dopo aver ecceduto con l'alcol. I diabetici portano con sé i kit per controllare la glicemia e i farmaci a base di insulina, in modo da poter far fronte alle emergenze; molti hanno sempre con sé delle zollette di zucchero o glucosio. Se la crisi ipoglicemica è in fase avanzata, può sopravvenire un'alterazione dello stato di coscienza che richiede l'immediato intervento dei soccorsi.

CHE COSA FARE

1 Fate sedere il soggetto. Se ha con sé il glucosio, aiutatelo ad ingerirlo, altrimenti somministrategli l'equivalente di 10 g di glucosio: per esempio, 100 ml di una bibita non dietetica o un succo di frutta, o due cucchiaini zollette di zucchero o caramelle.



2 Se il soggetto reagisce rapidamente, fate in modo che assuma altri alimenti e bevande e lasciatelo riposare finché non si sente meglio. Aiutatelo a trovare il kit per controllare i livelli di glucosio. Monitoratelo finché non si è completamente ripreso.

3 Se le sue condizioni non migliorano, cercate di individuare altre possibili cause del male. Chiamate il 118 per avere i soccorsi, monitorate e annotate i segni vitali – reattività, respirazione e polso (pp. 52-53) – nell'attesa del loro arrivo.

AVVERTENZE

- Se lo stato di coscienza è alterato, non somministrare al soggetto alimenti o bevande.
- Se il soggetto perde coscienza, aprire le vie aeree e controllare la respirazione (Il soggetto in stato d'incoscienza pp. 54-87).

SINTOMI

Si possono riscontrare:

- Antecedenti di diabete – il soggetto è in grado di riconoscere la crisi ipoglicemica fin dai primi accenni.
- Debolezza, fiacchezza o fame.
- Stato confusionale e comportamento irrazionale.
- Sudorazione con pelle fredda e umida.
- Polso accelerato.
- Palpitazione e tremori muscolari.
- Peggioramento della reattività.
- Braccialetto o piastrina d'identificazione del diabetico, gel di glucosio, caramelle.
- Penne da insulina, kit per il controllo della glicemia

FINALITÀ

- Alzare il livello di zuccheri nel sangue il più rapidamente possibile.
- Affidarsi alle cure dei sanitari.

Argomenti correlati
Avvelenamento da alcol p. 202 | Il soggetto in stato d'incoscienza pp. 54-87 | Trauma cranico pp.144-145

CONVULSIONI NEL BAMBINO

AVVERTENZE

- Non coprire troppo il bambino febbricitante; evitare le spugnature fredde per abbassare la temperatura.

SINTOMI

- Spasmi muscolari violenti, con mani serrate e schiena inarcata.
- Stato febbrile evidente; pelle arrossata, accaldata e sudorazione.
- Contrazioni del volto, strabismo, occhi fissi o rivolti verso l'alto.
- Respiro trattenuto con volto e collo gonfi e arrossati, bava alla bocca.
- Vomito.
- Perdita del controllo sfinterico.
- Alterazione dello stato di coscienza.

FINALITÀ

- Impedire che il bambino si faccia male durante la crisi.
- Abbassare la temperatura.
- Rassicurare i genitori.
- Trasferire in ospedale.

- 2 **Abbassate la temperatura corporea del bambino, togliete le coperte e svestitelo, anche se dovrete attendere che la crisi cessi per farlo. Fategli respirare aria fresca.**



Nei bambini piccoli le convulsioni spesso sono dovute al rialzo della temperatura corporea che accompagna un'infezione della gola, un'otite o altro evento infettivo. Queste convulsioni, cosiddette febbrili, sono una reazione del sistema nervoso ancora immaturo di fronte a una temperatura corporea elevata. Pur essendo fonte di apprensione, le convulsioni raramente sono pericolose se affrontate correttamente. Per sicurezza, è bene che il bambino sia visitato dal pediatra per escludere eventuali altre gravi patologie.

CHE COSA FARE

- 1 **Proteggete il bambino con imbottiture morbide intorno. Non cercate di contenere in alcun modo i suoi movimenti.**



- 3 **A convulsioni cessate, sistematelo nella posizione laterale di sicurezza. Chiamate il 118.**



- 4 **Rassicurate il bambino, i genitori o chi lo assiste. Monitorate e annotate i segni vitali (pp. 52-53) fino all'arrivo dei soccorsi.**

FEBBRE

Per febbre s'intende una temperatura corporea che si mantiene al di sopra di 37 °C, considerati il valore normale. Può essere determinata da un'infezione batterica o virale, ma anche da otite, mal di gola, morbillo, varicella, meningite (p. 220) o infezioni localizzate, come un ascesso. L'infezione potrebbe essere stata contratta durante un viaggio all'estero. Nei bambini anche una temperatura superiore a 39 °C può scatenare le convulsioni. Se avete dubbi circa le condizioni di salute del malato, non esitate a consultare il medico.

CHE COSA FARE

- 1 **Fate in modo che il malato sia fresco e comodo, a letto con una coperta leggera.**
- 2 **Il soggetto deve bere bevande fredde per ricostituire i liquidi persi.**



- 3 **Se il bambino non sta bene ed è agitato, potete somministrargli la dose consigliata di sciroppo a base di paracetamolo (niente aspirina). L'adulto può essere curato con paracetamolo in compresse.**
- 4 **Monitorate e annotate i segni vitali del malato - reattività, respirazione, polso e temperatura (pp. 52-53) - finché non si riprende.**

AVVERTENZE

- Consultare il medico se la situazione si fa preoccupante.
- Non coprire troppo il bambino febbricitante; evitare le spugnature fredde per abbassare la temperatura.
- Non somministrare l'aspirina sotto i 16 anni.

SINTOMI

- Temperatura corporea sopra i 37 °C.
- Pallore; il malato ha freddo, la pelle d'oca e batte i denti.

In un secondo tempo:

- Pelle calda, arrossata, sudorazione.
- Cefalea.
- Dolore e indolenzimento generalizzati.

FINALITÀ

- Abbassare la febbre.
- Ottenere l'intervento di un medico, se necessario.

MENINGITE

AVVERTENZE

- Se le condizioni del soggetto peggiorano, chiamare il 118 per richiedere l'intervento dei soccorsi anche se è già stato visitato da un medico.

SINTOMI

Tra i vari sintomi e segni, non tutti concomitanti, rientrano:

- Stato simile all'influenza con febbre alta.
- Mani e piedi freddi.
- Dolori agli arti e alle articolazioni.
- Pelle screziata o molto pallida.

Con il progredire dell'infezione:

- Forte cefalea.
- Rigidità del collo (il soggetto non riesce a toccarsi il torace con il mento).
- Vomito.
- Occhi molto sensibili alla luce sia essa solare o elettrica.
- Sonnolenza.
- Nei neonati, pianto forte e ininterrotto, flaccidezza e fontanella rigonfia o tesa.

In seguito:

- Eruzione cutanea a macchie rosse o porpora che non schiariscono se premute.

FINALITÀ

- Intervenire con urgenza.

ATTENZIONE ERUZIONE CUTANEA DA MENINGITE

Nello stadio più avanzato compare un'eruzione cutanea, con macchie rosse. Nelle altre forme d'eruzione cutanea, se si preme un bicchiere contro la cute, il rossore schiarisce; se ciò non avviene, occorre **chiamare il 118 per richiedere soccorso**.



La malattia consiste nell'infiammazione su base batterica o virale delle membrane che rivestono l'encefalo e il midollo spinale e può colpire a qualunque età. La meningite è una malattia molto grave caratterizzata da un rapido peggioramento delle condizioni del malato. Qualora si sospetti un caso di meningite, la tempestività delle cure in ospedale è essenziale ai fini della sopravvivenza. Perciò è importante essere in grado di riconoscerne i sintomi quali febbre alta, cefalea e una caratteristica eruzione cutanea. Grazie alla diagnosi e al trattamento precoci quasi tutti i malati si riprendono completamente.

CHE COSA FARE

- 1** Se notate segni di meningite, ad esempio il fastidio agli occhi provocato dalla luce, consultate urgentemente un medico. Non aspettate che si manifestino tutti i segni e i sintomi.



- 2** Verificate se è comparsa un'eruzione. Su pelli scure, controllate sulle aree più chiare, per esempio sui polpastrelli. In caso di eruzione, chiamate il 118 per richiedere i soccorsi.



- 3** Nell'attesa dell'arrivo dei soccorsi, rassicurate il soggetto e tenetelo fresco. Monitorate e annotate i segni vitali - reattività, respirazione e polso (pp. 52-53).

SVENIMENTO

AVVERTENZE

- Se il soggetto non riprende i sensi, aprire con tempestività le vie aeree e controllare la respirazione (Il soggetto in stato d'incoscienza pp. 54-87).

SINTOMI

- Breve perdita di coscienza con conseguente caduta.
- Polso rallentato.
- Pelle fredda, pallore e sudorazione.

FINALITÀ

- Aumentare l'afflusso di sangue al cervello.
- Rassicurare il soggetto e metterlo in posizione comoda.

Lo svenimento è una breve perdita di coscienza conseguente alla temporanea riduzione dell'afflusso di sangue al cervello dovuta a dolore, sforzo, mancanza di cibo o stress emotivo, o dopo lunghi periodi trascorsi in piedi o seduti, soprattutto in ambiente surriscaldato. L'inattività fisica provoca un ristagno di sangue negli arti inferiori, riducendo la quantità di sangue che affluisce al cervello.

Lo svenimento provoca un notevole rallentamento delle pulsazioni cardiache, che riprendono la frequenza normale dopo poco e la persona svenuta si ristabilisce completamente in breve tempo. È un errore suggerire a qualcuno che si sente svenire di sedersi con la testa fra le ginocchia perché se sviene rischia di cadere e farsi male.

Se il soggetto è una donna in avanzato stato di gravidanza, aiutatala a sdraiarsi sul lato sinistro in modo che il peso dell'utero non interferisca con l'afflusso di sangue al cuore.

CHE COSA FARE

- 1** Fate stendere la persona che si sente svenire. Sollevatele le gambe per migliorare l'afflusso di sangue al cervello. Osservatele il viso per rilevare i segni di ripresa.
- 2** Fatele respirare aria fresca; chiedete a una terza persona di aprire una finestra, se siete al chiuso e chiedete ai presenti di allontanarsi.
- 3** Quando la persona si riprende, rassicuratela e aiutatala a mettersi a sedere. Se si sente ancora svenire, fatela sdraiare e tenetele le gambe sollevate finché non si riprende.



ALLERGIE

AVVERTENZE

- **Chiamare il 118 per richiedere l'intervento dei soccorsi** se: il soggetto non migliora, ha difficoltà respiratorie o diventa molto spossato. Monitorare i segni vitali (pp. 52-53) nell'attesa dei soccorsi.

SINTOMI

Le manifestazioni di una crisi allergica lieve variano in funzione della causa scatenante e del soggetto, ma si può riscontrare:

- Eruzione cutanea arrossata o zone cutanee rigonfie (piaghe).
- Occhi arrossati e pruriginosi.
- Dispnea e difficoltà respiratorie.
- Gonfiore di mani, piedi e/o del volto.
- Dolori addominali, vomito e diarrea.

FINALITÀ

- Valutare la gravità della reazione allergica.
- Consultare il medico, se necessario.

L'allergia è una reazione anomala del sistema immunitario di fronte a una causa scatenante (allergene) che in altri casi sarebbe innocua. Si manifesta con leggero prurito, gonfiore, dispnea, disturbi digestivi o persino con anafilassi conclamata o shock anafilattico (a lato), che insorge nei secondi o minuti immediatamente successivi all'esposizione all'allergene. Le cause scatenanti più comuni sono polline, polvere, frutta a guscio, frutti di mare, uova, punture di vespe e api, lattice e alcuni farmaci. Le manifestazioni cutanee possono essere lievi, assenti o di entità variabile.

CHE COSA FARE

- 1** Valutate i segni e i sintomi. Chiedete al soggetto se soffre di una forma allergica.
- 2** Se possibile, rimuovete la causa scatenante o allontanate il soggetto.
- 3** Trattate gli eventuali sintomi. Aiutate il soggetto ad assumere i farmaci antiallergici che ha con sé.



- 4** Se le condizioni del soggetto vi preoccupano, consultate il medico.

SHOCK ANAFILATTICO

Si tratta di una grave reazione allergica che interessa tutto il corpo, insorge nei secondi o minuti immediatamente successivi al contatto con la causa scatenante ed è potenzialmente letale. La reazione anafilattica è generata dal rilascio nel sangue di alcune sostanze chimiche che, causando vasodilatazione, provocano un brusco abbassamento della pressione e il restringimento delle vie aeree con conseguenti difficoltà respiratorie. Il possibile gonfiore della lingua e della gola può comportare un'ostruzione vera e propria. L'ossigenazione degli organi vitali si riduce drasticamente e porta all'ipossia (p. 92). Frutta a guscio, frutti di mare, uova, punture di vespe e di api, lattice e alcuni farmaci sono tra gli allergeni più comuni. Alla persona in shock anafilattico bisogna praticare con urgenza un'iniezione di adrenalina (epinefrina).

CHE COSA FARE

- 1** Chiamate il 118 per i soccorsi, segnalando che potrebbe trattarsi di anafilassi.
- 2** Verificate se il soggetto ha con sé un autoiniettore di adrenalina (epinefrina) e aiutatelo ad usarli. Se non è in grado di farlo e se sapete come fare, provvedete voi. Tenendo l'iniettore stretto nella mano a pugno, posizionate la punta contro la coscia (anche attraverso gli indumenti). Dopo 10 secondi rimuovetelo e massaggiate per 10 secondi.
- 3** Aiutate il soggetto a sedersi nella posizione in cui respira meglio. In caso di pallore e polso debole, stendetelo con le gambe rialzate e trattate come in caso di shock (pp. 112-113).



- 4** Monitorate e annotate i segni vitali (pp. 52-53) nell'attesa dei soccorsi. Se non vi è miglioramento o se i sintomi ritornano si può ripetere la somministrazione di adrenalina a intervalli di cinque minuti.

AVVERTENZE

- Una donna incinta va fatta distendere appoggiata sul fianco sinistro per evitare che il peso dell'utero ostacoli il ritorno del sangue al cuore.
- Se il soggetto perde coscienza, aprire le vie aeree e controllare la respirazione (pp. 54-87).

SINTOMI

Le manifestazioni possono essere simili a una crisi allergica e si può riscontrare:

- Eruzione cutanea arrossata o zone cutanee rigonfie (piaghe).
- Occhi arrossati e lacrimazione.
- Gonfiore di mani, piedi e/o del volto.
- Dolori addominali, vomito e diarrea.

Associati a:

- Difficoltà respiratorie di entità variabile da un senso di blocco del respiro, al respiro affannoso fino alla "fame d'aria".
- Pallore o rossore cutaneo.
- Gonfiore visibile della lingua e della gola con tumefazione intorno agli occhi.
- Sensazione di terrore.
- Stato confusionale e agitazione.
- Segni di shock che portano al collasso e alla perdita di coscienza.

FINALITÀ

- Migliorare la respirazione.
- Trattare lo shock.
- Disporre il trasferimento urgente in ospedale.