

Introduzione al

Primo soccorso

Linee guida europee per il Primo soccorso
redatte da Johanniter International

johanniter
international



approvato dal *European Medical Association*

Indice

Prefazione.....	3
Condizioni d'uso.....	4
Organizzazioni e rappresentanti arruolati nel gruppo di lavoro	5
Introduzione.....	6
Uso dei medicinali del paziente	6
Sicurezza personale	6
Curarsi di sé stessi.....	7
Dare supporto alla vittima	8
Rispondere a un'emergenza.....	9
Chi soccorrere per primo?.....	10
La sequenza DRS-ABCD	11
Esecuzione della RCP e della defibrillazione su persone adulte	16
Uso di un defibrillatore automatico esterno (DAE).....	18
Esecuzione della RCP e della defibrillazione nei lattanti e nei bambini.....	19
Soffocamento negli adulti.....	22
Soffocamento nei lattanti e nei bambini	23
Posizione di sicurezza.....	24
Togliere un casco	25
Difficoltà a respirare.....	26
Annegamento non fatale.....	28
Dolore toracico.....	29
Svenimento.....	30
Emorragia esterna	31
Shock	33
Ferite penetranti - accoltellamenti e ferite da arma da fuoco	34
Malattia da calore.....	35
Problemi associati al freddo	36
Elettrocuzione (folgorazione)	38
Reazioni allergiche	39
Convulsioni.....	40
Trauma cranico.....	41
Cefalee (mal di testa).....	42
Ictus	43
Emergenze diabetiche	44
Traumi a ossa e tessuti molli	46
Traumi minori.....	51
Ustioni e scottature	54
Attacco con acido	55
Avvelenamento o overdose intenzionale	55
Morsi e punture	56

Prefazione

In caso di incidente o emergenza medica, il **primo soccorso salva vite umane**. Mantenere il paziente in vita e al sicuro fino all'arrivo dei soccorritori professionisti è un anello vitale della catena della sopravvivenza. Il principio del primo soccorso deve basarsi su attività semplici, spiegate in modo chiaro ed eseguibili in una situazione di stress da persone prive di addestramento medico. Lo scopo di questo manuale è fornire ai cittadini le competenze di base necessarie per eseguire le manovre di primo soccorso.

Johanniter International (JOIN) è l'associazione delle organizzazioni affiliate all'Ordine di San Giovanni di tutta Europa e anche al di fuori di essa. Il suo Gruppo di lavoro clinico ha la responsabilità di assicurare la qualità e la diffusione della formazione in tema di primo soccorso tra i paesi membri.

I problemi di copyright in diversi paesi membri hanno reso difficile, se non impossibile, l'adozione condivisa di qualsiasi tipologia di linee guida. Perciò, il contenuto di questo manuale rappresenta una prima edizione delle Linee guida europee al Primo soccorso per un uso generale. Queste linee guida sono compatibili con le prassi correnti, con altre linee guida specialistiche (per esempio quelle relative alla gestione delle ustioni) e con l'evidenza scientifica, laddove esistente. Il Gruppo di lavoro clinico di JOIN si occuperà di aggiornare regolarmente queste linee guida.

Sembra incredibile che, nel 2019, non siano ancora state convenute a livello europeo linee guida condivise per il primo soccorso. Augurandoci che queste linee guida vengano accolte favorevolmente, auspichiamo di ricevere i vostri commenti o suggerimenti (join.office@johanniter.org).



Prof. Ian Greaves

Presidente, Gruppo di lavoro clinico di Johanniter International

Agosto 2019

Condizioni d'uso

Le presenti linee guida, attualmente disponibili in 15 lingue, possono essere usate a titolo gratuito da qualsiasi organizzazione o persona che insegni le misure di primo soccorso. Non appena pronte, le linee guida verranno pubblicate in quelle stesse lingue anche nella versione per dispositivi mobili.

Se siete un'organizzazione commerciale e desiderate usare queste linee guida, vi invitiamo a valutare l'opportunità di effettuare una donazione a supporto del lavoro di JOIN attraverso il nostro sito web.

Queste linee guida devono essere usate integralmente così come sono pubblicate, e non è consentito apportare modifiche che non siano state preventivamente concordate.

Le presenti linee guida sono offerte in buona fede e rappresentano la convergenza d'opinione di un'ampia gamma di esperti europei in materia. È stato compiuto ogni sforzo possibile affinché questo manuale rispecchi le linee guida più importanti stilate da fonti autorevoli, ritenute attuali al momento della loro pubblicazione.

Tuttavia, la responsabilità per il loro uso rimane a carico del soccorritore. Le organizzazioni JOIN non si assumono nessuna responsabilità per eventuali contenziosi derivanti dall'uso di questo manuale. I soccorritori sono invitati a mantenersi aggiornati sui nuovi sviluppi e a riconoscere i limiti delle proprie competenze. Il contenuto di queste linee guida non va considerato come sostitutivo del parere medico nonostante fornisca indicazioni sul primo soccorso e sul trattamento iniziale.

Nota tipografica

Pubblicato da Johanniter International ASBL ▪ Enti di beneficenza degli Ordini di San Giovanni ▪ Via Joseph II, 166, 1000 Bruxelles
Telefono +32 2 282 1045 ▪ join.office@johanniter.org ▪ www.johanniter.org ▪ Registrata in Belgio (Associazione senza scopo di lucro)

Editore Johanniter International ▪ **Layout and design** Mag.^a Julia Kadlec ▪ Febbraio 2020

Organizzazioni e rappresentanti del gruppo di lavoro

In qualità di presidente, sono immensamente grato a tutti i membri del gruppo di lavoro, sia i membri di Johanniter International sia gli esperti invitati a unirsi a noi nel processo di sviluppo. Senza il loro impegno, il loro duro lavoro e la loro disponibilità al compromesso queste linee guida non sarebbero nate.

Dott. Henrik Antell	<i>Johanniterhjälpen</i> , Finlandia
Dott. Christian Emich	<i>Johanniter-Unfall-Hilfe</i> , Austria
Sig. Ryszard Stykowski	<i>Joannici Dzieło Pomocy</i> , Polonia
Prof. Ian Greaves	<i>St John Ambulance</i> , Inghilterra (Presidente)
Dott. Davide Laetzsch	<i>Soccorso dell'Ordine di San Giovanni</i> , Italia
Sig.ra Judith Alexander Musallam	<i>St John of Jerusalem Eye Hospital Group</i>
Dott. Joerg Oberfeld	<i>Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.</i> , Germania
Sig. Nils Schröder	<i>Johanniter-Jugend</i> , Germany
Sig. Imre Szabján	<i>Johannita Segítő Szolgálat</i> , Ungheria
Dott. Andreas Tanos	<i>St John Association and Brigade</i> , Cipro
Dott. Rainer Thell	<i>Johanniter-Unfall-Hilfe</i> , Austria
Dott.ssa Sarah Vecchione	<i>Soccorso dell'Ordine di San Giovanni</i> , Italia
Sig. Richard Webber	<i>St John Ambulance</i> , Inghilterra

Sono anche estremamente grato ai Dottori Paul Hunt, Harvey Pynn, Owen Williams (Regno Unito) ed Erik Litonius (Finlandia) per il loro contributo all'opera del Gruppo di lavoro clinico.

Il Gruppo di lavoro clinico desidera ringraziare per il generoso supporto finanziario e per l'incoraggiamento offerti dal Consiglio Direttivo di Johanniter International e dai suoi membri, che, consapevoli del significato di questo progetto, hanno facilitato gli incontri che ne hanno permesso lo sviluppo. Il Consiglio Direttivo di Johanniter International dal canto suo ha gentilmente fornito un finanziamento a supporto di questo progetto.

I miei ringraziamenti vanno anche a Joachim Berney e al personale di segreteria della nostra sede centrale di Bruxelles.

Un sentito grazie anche a tutti i vari organismi nazionali affiliati alla famiglia internazionale di San Giovanni che hanno gentilmente acconsentito a condividere i loro materiali.

Introduzione

Il **Primo soccorso** può essere definito come l'assistenza immediata che viene fornita a una persona che manifesta un malessere o è ferita. Un **soccorritore** è chiunque abbia le competenze e le conoscenze necessarie per fornire tale assistenza.

Questa guida è indirizzata ai cittadini che si trovano ad affrontare un problema medico ed è stata preparata dal Gruppo di lavoro clinico di Johanniter International (JOIN). Gli argomenti affrontati riguardano le situazioni di emergenza in cui il primo soccorso può essere di importanza vitale. Questo testo fornisce le linee guida di base e non deve sostituirsi al parere di un medico, nel caso in cui quest'ultimo sia immediatamente disponibile. Descrive un livello di primo soccorso che potrebbe essere insegnato durante un corso unico breve. Molte delle tecniche possono essere usate anche da una persona autodidatta.

Per gli scopi di questa guida, il lattante ha un'età inferiore a 1 anno, mentre il bambino ha un'età compresa tra 1 e 8 anni (inclusi).

L'addestramento al primo soccorso non è un evento unico e isolato, ma richiede esperienze ripetute e ripassi regolari, per essere sicuri di mantenere sempre aggiornate le proprie conoscenze e competenze.

Le informazioni fornite da questa guida sono organizzate in modo che il lettore possa:

- capire qual è il ruolo del soccorritore
- essere in grado di gestire un incidente che richiede primo soccorso
- capire come il contesto possa influire sulle necessità del primo soccorso
- trattare ferite specifiche
- gestire i malesseri più comuni
- sapere che può essere necessario ricorrere ad apparecchiature di primo soccorso e saperle usare

Uso dei medicinali del paziente

I soccorritori sono incoraggiati ad aiutare un paziente ad assumere il proprio medicinale se appropriato. Tra gli esempi vi sono l'uso di un inalatore in caso d'asma o di un autoiniettore per trattare le reazioni allergiche gravi.

Sicurezza personale

Chi presta il primo soccorso deve proteggere se stesso il più possibile dall'esposizione ai liquidi biologici, come vomito, urina o sangue. Alcuni dispositivi di protezione individuale (DPI) sono essenziali:

- guanti monouso
- protezione per il viso (per contrastare il rischio di infezione quando si esegue la respirazione bocca a bocca)
- disinfettante in gel a base alcolica (per l'uso prima e dopo il soccorso)

Il lavaggio delle mani riduce il rischio che germi o contaminazioni di altro tipo passino dal soccorritore al paziente e viceversa. L'ideale è lavare bene le mani con sapone e acqua calda corrente prima e dopo il contatto con il paziente o attività che possono facilmente causare contaminazioni. Dopo il lavaggio, le mani devono essere asciugate completamente, meglio se con asciugamani monouso. Se non sono disponibili acqua e sapone e le mani sono visibilmente pulite, si può usare un liquido o un gel a base alcolica.

Curarsi di sé stessi

Quale soccorritore hai le competenze e le conoscenze per salvare vite umane. Aiutare gli altri solitamente è un'esperienza positiva e appagante. Tuttavia, chiunque può sviluppare sensazioni negative, come dubbi, ansia, preoccupazione e irritabilità. Le situazioni particolarmente stressanti sono quelle in cui sono coinvolti i bambini, molte persone o circostanze che hanno un impatto a livello più personale. Quale soccorritore devi conoscere la teoria e possedere le competenze richieste per eseguire procedure semplici, così, qualsiasi cosa succeda, saprai di aver fatto tutto il possibile nell'ambito delle tue conoscenze e della formazione ricevuta.

Le sensazioni negative di solito svaniscono in fretta e spesso sono seguite da sensazioni positive come sollievo, soddisfazione e accettazione. Se invece persistono e influiscono sulle tue normali attività personali, sociali o lavorative devi rivolgerti a un medico per farti aiutare.

Ognuno reagisce a proprio modo alle situazioni difficili e alcune persone sono più forti di altre. Quando hai a che fare con un brutto incidente, l'obiettivo primario deve essere quello di occuparti della tua stessa salute e di comprendere ciò di cui hai bisogno.

Dopo aver soccorso qualcuno, la maggior parte delle persone non manifesta problemi significativi o a lungo. Infatti, molti la trovano un'esperienza gratificante, indipendentemente da come è finita, e si sentono soddisfatti di aver provato a fare la differenza. Anche questo è normale.

I problemi che persistono per lungo tempo sono piuttosto rari e il segreto è riconoscere di avere delle difficoltà o comportamenti o reazioni anomale (da parte di sé stessi o degli altri) e cercare aiuto alla prima occasione utile.

Dove ottenere aiuto

Puoi chiedere aiuto al tuo medico di base oppure, se fai parte di un'organizzazione del tuo paese deputata al primo soccorso, come l'Ordine di San Giovanni, i tuoi colleghi saranno sicuramente felici di darti supporto e di indirizzarti, confidenzialmente, al tipo di assistenza appropriata.

“Va bene non star bene... ma va anche bene star bene”

Dare supporto alla vittima

Anche le vittime di incidenti e di emergenze possono avere conseguenze psicologiche. Tuttavia, vi sono alcuni semplici suggerimenti che un soccorritore può dare per aiutare a ridurre la possibilità di reazioni avverse. Questo approccio può essere chiamato **primo soccorso psicologico** e può essere utile alle vittime di eventi traumatici. Se le circostanze lo permettono, può essere utile consigliare alla vittima strategie efficaci per affrontare la situazione, oltre che avvisarla dei tipi di comportamento che potrebbe sviluppare che dovrebbero indurla a richiedere un aiuto. Nella tabella sono elencati i comportamenti che potrebbero risultare favorevoli o invece sfavorevoli.

FAVOREVOLE	POTENZIALMENTE SFAVOREVOLE
<ul style="list-style-type: none">■ Parlare con altre persone per ricevere supporto■ Impegnarsi in attività positive■ Proseguire la vita normalmente■ Condurre uno stile di vita sano■ Ricorrere a metodi di rilassamento■ Partecipare a gruppi di supporto■ Richiedere una consulenza specialistica	<ul style="list-style-type: none">■ Consumare droghe o alcolici per affrontare la situazione■ Non frequentare più i propri familiari o gli amici■ Lavorare troppo■ Avere comportamenti a rischio■ Evitare di pensare o parlare dell'evento

Rispondere a un'emergenza

In caso di emergenza è importante seguire un piano chiaro. Questo aiuta a organizzare le attività secondo la loro priorità e a dare una risposta appropriata ed efficace.

La maggior parte degli incidenti affrontati da un soccorritore è relativamente poco grave. I pazienti possono non necessitare di ulteriore assistenza medica e, se invece ne hanno bisogno, spesso l'ambulanza non è necessaria. Nella maggior parte dei casi i pazienti sono in grado di consultare autonomamente altri specialisti sanitari o possono recarsi all'ospedale per proprio conto con un altro mezzo di trasporto. Rientra tra i compiti del soccorritore fornire consigli di base sull'indirizzamento dei pazienti al percorso assistenziale successivo più appropriato (che può includere l'accompagnamento al suo domicilio o al lavoro).

Se l'incidente è più grave, alcune attività sono essenziali e il soccorritore deve:

- valutare il pericolo e, se possibile, mettere in sicurezza l'area
- chiamare il 118/112 per richiedere assistenza urgente se necessario

Quando spieghi un incidente all'operatore della centrale operativa di emergenza, comunicagli per prima cosa il tuo nome e il tuo numero di telefono. Le informazioni devono essere comunicate in modo rapido e conciso. Bisogna trasmettere le seguenti informazioni:

- Situazione (che cosa è successo)
- Luogo (indicare in modo preciso dove si è verificato l'incidente e come raggiungerlo)
- Numero di feriti
- Pericoli presenti (reali e potenziali)
- Servizi di emergenza necessari

Al termine della telefonata, è importante che tu faccia ciò che puoi per prestare assistenza finché non arrivano i soccorsi. Puoi ottenere assistenza telefonica dall'operatore della centrale operativa di emergenza. In alcuni casi potresti non dover fare niente se non offrire supporto e compagnia fino all'arrivo dei soccorsi, ma anche questo è di estrema utilità.

Se l'emergenza si è verificata in un edificio di grandi dimensioni, manda qualcuno incontro al servizio di emergenza che lo indirizzi al luogo dell'incidente.

Se opportuno e se sei in grado di farlo, prendi i medicinali del paziente, metti al sicuro eventuali animali liberi e, se è buio, assicurati che le luci siano lasciate accese per permettere ai soccorritori di trovarvi più facilmente.

Quando soccorri qualcuno è importante garantire il più possibile dignità e privacy al paziente, senza che ciò interferisca nel fornire il tuo aiuto, ricordandoti anche delle sensibilità culturali. Inoltre, quando soccorri un bambino devi assicurarti che sia presente uno dei suoi genitori o un altro adulto.

Chi soccorrere per primo?

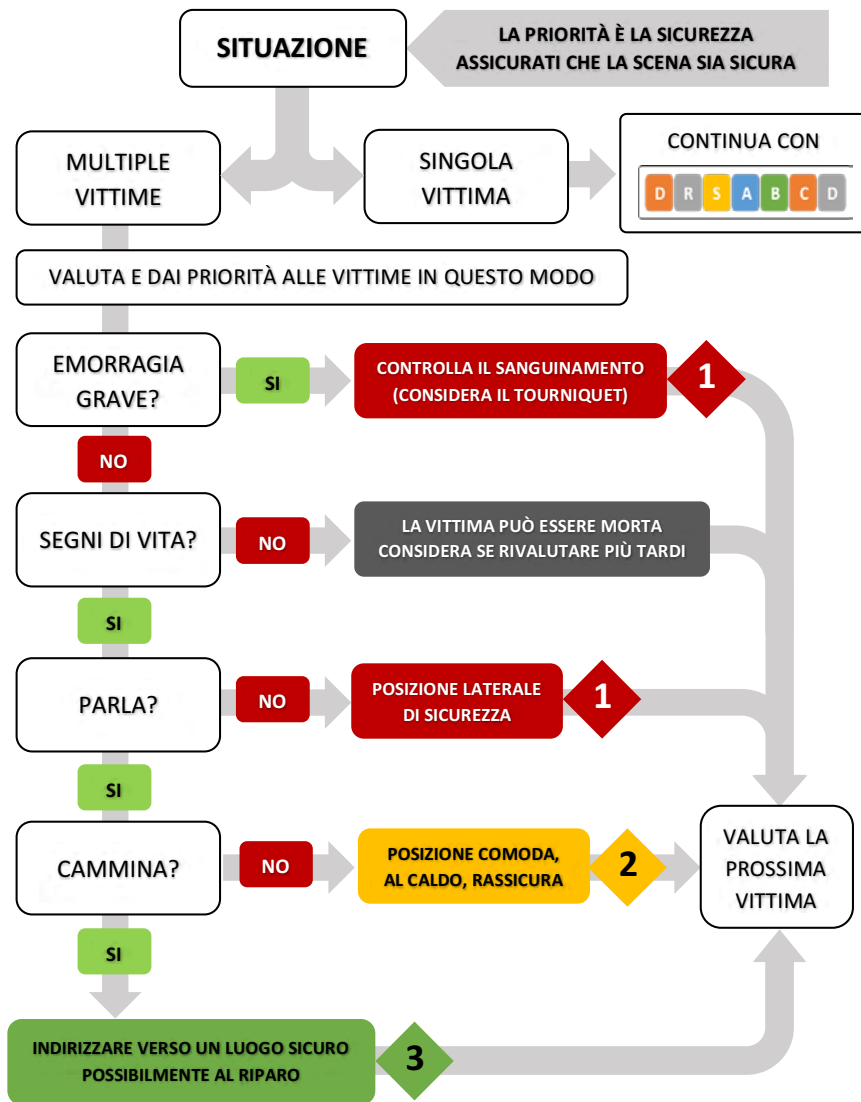
A volte un incidente coinvolge più feriti. In queste rare situazioni sarà necessario identificare coloro che hanno più bisogno di essere soccorsi.

In tale circostanza l'obiettivo è fare il massimo possibile e salvare vite.

Se la situazione rimane pericolosa, tutte le persone in grado di camminare vanno indirizzate o accompagnate in un unico posto sicuro, generalmente a poca distanza dalla scena, dove possono attendere di essere visitate rimanendo al sicuro.

Per chi è ferito, la priorità deve essere fermare le emorragie gravi e supportare le vie aeree e la respirazione.

In questa guida al primo soccorso si usa l'algoritmo **DRS-ABCD** (pronunciabile come "DoctoRS-ABCD"), che verrà illustrato nella prossima pagina. Forma una sequenza facile e semplice da ricordare per i soccorritori che intervengono sul luogo di un incidente.



La sequenza DRS-ABCD

Questo è l'approccio **DRS-ABCD**, che deve essere seguito ogni volta che ci si presti soccorso ad una singola vittima. Nel caso in cui ci fossero più persone da soccorrere, può essere necessario dare priorità alle emorragie gravi, rispetto al controllo della coscienza.

D	<ul style="list-style-type: none">▪ DANGER (pericolo)
R	<ul style="list-style-type: none">▪ RESPONSIVE? (risponde?)
S	<ul style="list-style-type: none">▪ STOP SEVERE BLEEDING (fermare le emorragie gravi)▪ SUMMON/SEND FOR HELP (chiamare/far chiamare aiuto)
A	<ul style="list-style-type: none">▪ AIRWAY (vie aeree)
B	<ul style="list-style-type: none">▪ BREATHING (respirazione)
C	<ul style="list-style-type: none">▪ CPR¹/CIRCULATION (RCP¹/circolazione)
D	<ul style="list-style-type: none">▪ DEFIBRILLATION/DISABILITY (defibrillazione/disabilità)

¹ RCP: rianimazione cardio-polmonare

Quale soccorritore incontrerai due gruppi di pazienti: quelli che presentano traumi e quelli che hanno un malessere. L'approccio **DRS-ABCD** fornisce una sequenza per gestire entrambi i tipi di pazienti. Ora approfondiamo ciascuno di questi stadi.

I primi due stadi, D e R, sono identici, indipendentemente dal fatto che il paziente sia ferito o stia male.

D

- **DANGER** (pericolo)

È essenziale non esporti a rischi inutili mentre ti appresti ad aiutare una persona ferita o che sta male (Figura 1), perciò devi verificare che soccorrere la persona sia sicuro e, se identifichi un pericolo, assicurarti che tutti gli astanti si spostino in un luogo più sicuro. Potrebbe essere impossibile prestare aiuto senza mettere a repentaglio la tua incolumità e in questo caso dovrai attendere l'arrivo del personale di soccorso, addestrato a lavorare in circostanze pericolose. Ciò non è un problema, quindi non farti prendere dall'impazienza e non esporti a rischi inutili.



► Figura 1 - Controllare la presenza di eventuali pericoli

R

- **RESPONSIVE?** (risponde?)

Il passo successivo consiste nel verificare se il paziente risponde. Nella maggior parte dei casi ciò sarà ovvio, perché parlerà con te o ti risponderà sensatamente quando ti rivolgi a lui. Se invece non risponde alla tua voce, pizzicagli leggermente il lobo dell'orecchio (Figura 2). Non scuotere vigorosamente il paziente, perché ciò potrebbe peggiorare eventuali lesioni.



► Figura 2 - Pizzicare il lobo dell'orecchio

Le azioni relative alle fasi successive S-ABCD sono diverse a seconda se il paziente è ferito o ha un malessere:

S

- STOP SEVERE BLEEDING (fermare le emorragie gravi)
- SUMMON/SEND FOR HELP (chiamare/far chiamare aiuto)

Se il paziente presenta ferite e sta sanguinando copiosamente, devi cercare di fermare immediatamente l'emorragia (vedi pagina 31).

L'azione successiva può essere quella di **chiamare aiuto**. L'ideale sarebbe rimanere con il paziente e usare un telefono cellulare in vivavoce. Puoi ricevere ulteriori indicazioni dall'operatore della centrale operativa di emergenza.

Se ciò non è possibile, e qualcun altro è presente, mandalo a telefonare per chiedere aiuto chiedendogli di ritornare per confermare che i soccorsi stanno arrivando. In entrambi i casi, manda qualcuno a prendere un defibrillatore automatico esterno (DAE), se disponibile. La centrale operativa di emergenza ti indicherà dove si trova quello più vicino.

A

- AIRWAY (vie aeree)

Se il paziente non risponde, controlla le vie aeree. Se c'è un corpo estraneo in bocca cerca di rimuoverlo con molta attenzione, se è possibile e sicuro farlo.

Quindi, devi garantire l'apertura delle vie aeree usando una semplice manovra: **l'iperestensione del capo e il sollevamento del mento** (Figura 3).

Appoggia i polpastrelli delle dita di una mano sotto la punta del mento del paziente, quindi solleva il mento sostenendolo. Contemporaneamente, metti l'altra mano sulla fronte e inclina la testa indietro dolcemente. Questa azione dovrebbe aprire le vie aeree sollevando la lingua allontanandola dalla parte posteriore della gola.



► Figura 3 – Iperestensione del capo e sollevamento del mento

Queste manovre per le vie aeree sono leggermente diverse nei bambini e sono descritte a pagina 19.

B

▪ BREATHING (respirazione)

Il passo successivo è verificare se il paziente sta respirando normalmente. La respirazione normale è regolare e non difficoltosa.

Per controllare la respirazione guarda il movimento del petto ed ascolta e senti la respirazione per non più di 10 secondi – **Guarda – Ascolta – Senti** (Figura 4). Se non sei sicuro che il paziente stia respirando normalmente, agisci come se non lo facesse.



► Figura 4 – Guarda, ascolta e senti la respirazione

Se il paziente:

- **risponde e respira normalmente** – mettilo in una posizione comoda e passa a valutare la CIRCOLAZIONE
- **non risponde e respira normalmente** – mettilo nella posizione di sicurezza (pagina 24) e passa a valutare la CIRCOLAZIONE
- **non risponde e non respira normalmente** – passa immediatamente al punto C e inizia la RCP (pagina 16)

Se sei da solo potresti doverti allontanare per breve tempo per assicurarti che i soccorsi siano in arrivo.

C

▪ CPR/CIRCULATION (RCP/circolazione)

- **Se è necessario eseguire la RCP segui le indicazioni a pagina 16.**
- In tutti gli altri casi, valuta la CIRCOLAZIONE controllando i segni dello shock (pagina 33).

D

▪ DEFIBRILLATION/DISABILITY (defibrillazione/disabilità)

Se hai iniziato la RCP, collega un DAE non appena è disponibile (vedi pagina 26) e segui le istruzioni vocali fornite dal dispositivo.

Se la RCP non è necessaria il passo successivo è verificare un'eventuale **DISABILITÀ** (stato neurologico alterato) usando la scala AVPU per valutare il livello di risposta.

I quattro livelli di risposta sono:

A – Alert (vigile): il paziente è del tutto vigile?

V – Voice (voce): il paziente risponde ai richiami?

P – Pain (dolore): il paziente risponde solo al dolore (pizzicare il lobo dell'orecchio come mostrato nella Figura 2)

U – Unresponsive (non risponde): il paziente non risponde a nessuno stimolo

Per valutare il suo stato neurologico (**DISABILITÀ**), chiedi al paziente se riesce a muoversi e se ha sensazioni normali alle braccia e alle gambe.

Con questa valutazione si conclude l'approccio iniziale tramite la sequenza **DRS-ABCD**. Se noti qualsiasi tipo di cambiamento nelle condizioni del paziente, ricomincia la valutazione dal principio.

Se le condizioni del paziente non sono cambiate, adesso devi eseguire una valutazione "dalla testa ai piedi" per cercare altre ferite e chiedergli se ha sintomi di malessere. Questa valutazione può anche andare di pari passo con quella iniziale da te eseguita applicando la sequenza **DRS-ABCD**.

Potrai trasmettere queste informazioni al personale del servizio di emergenza quando arriva sul posto.



► Figura 5 - Simbolo universale del DAE

Nelle pagine seguenti si descrivono in maggior dettaglio le fasi **DRS-ABCD** usando le icone delle lettere (all'inizio di ogni pagina) per riferirsi al corrispondente passaggio della sequenza. Ad esempio:



si riferisce alla fase **CPR/Circulation (RCP/Circolazione)** di **DRS-ABCD**

Esecuzione della RCP e della defibrillazione su persone adulte

In questo paragrafo si spiega come soccorrere un ADULTO che non risponde e non respira normalmente.

Lo scopo delle compressioni toraciche è di pompare manualmente il sangue facendolo circolare nel corpo, in modo che l'ossigeno possa raggiungere il cuore e il cervello. Oltre a ciò, si deve usare il prima possibile un defibrillatore automatico esterno (DAE).

118 Ricordarsi di chiedere aiuto il prima possibile 112

In questa situazione i principi che guidano il primo soccorso sono riassunti nella CATENA DELLA SOPRAVVIVENZA (Figura 6).



► Figura 6 - La catena della sopravvivenza

Elementi fondamentali

- Riconoscimento precoce e chiamata d'aiuto
- Compressioni toraciche precoci
- Uso precoce del DAE
- Erogazione di cure specialistiche

La RCP prevede una combinazione tra compressioni toraciche e ventilazioni di soccorso (respirazione bocca a bocca). Se **NON** sei a tuo agio o non sei in grado di eseguire le ventilazioni, esegui **compressioni continue** senza ventilare.

Eeguire le compressioni toraciche

Le compressioni toraciche sono faticose e l'ideale sarebbe potersi alternare con un'altra persona ogni 2 minuti. La RCP va interrotta solo se il paziente inizia a mostrare segni di vita, se arriva il soccorso medico o se il soccorritore è esausto.



► Figura 7 - Compressioni toraciche

- Gira il paziente sulla schiena su una superficie rigida e inginocchiati accanto al suo torace
- Appoggia il palmo di una mano al centro del torace e posiziona il palmo dell'altra mano sopra la prima, tenendo le braccia dritte (Figura 7)
- Comprimi il torace per 30 volte, cercando di ottenere una frequenza di 100-120 compressioni al minuto
- A ogni compressione, premi verso il basso per circa 5-6 cm, rilasciando completamente la pressione tra una compressione e l'altra senza staccare la mani dal torace (Figura 7)

Eeguire le ventilazioni di soccorso



► Figura 8 - Inclinare la testa indietro e sollevare il mento



► Figura 9 - Ventilazioni di soccorso

- Il rapporto tra compressioni toraciche e ventilazioni deve essere di 30:2
- Iperestendi il capo e solleva il mento (Figura 8)
- Una protezione o una mascherina per il viso rende le ventilazioni più sicure e più accettabili al soccorritore
- Posiziona le tue labbra intorno a quelle del paziente, assicurandoti che vi sia una buona aderenza e tienigli chiuso il naso (Figura 9)
- Esegui solo 2 tentativi di ventilazione della durata di circa 1 secondo ciascuna facendo in modo che il torace si sollevi visibilmente
- Se non riesci a fornire una ventilazione efficace, controlla ancora le vie aeree: cerca un eventuale corpo estraneo visibile (e, se possibile, rimuovilo) e riposiziona la testa del paziente prima di tentare di nuovo

Se non vuoi o non sei in grado di eseguire le ventilazioni, allora devi **solo eseguire le compressioni toraciche**. In quasi tutti i paesi, l'operatore della centrale operativa di emergenza ti fornirà le istruzioni per la rianimazione, che dovrai eseguire al meglio delle tue capacità.

Uso di un defibrillatore automatico esterno (DAE)

Usa il DAE immediatamente non appena arriva. Apri la custodia, accendi il dispositivo e segui le istruzioni vocali fornite. All'accensione del DAE, un comando vocale ti dirà esattamente cosa fare. Dato che il DAE monitora la frequenza cardiaca e il ritmo cardiaco, rilascerà una scarica solo se necessario. Se il paziente ha un ritmo defibrillabile, quanto prima avviene la defibrillazione tanto maggiori saranno le sue possibilità di sopravvivenza.

La defibrillazione è una procedura sicura da eseguire nelle pazienti in gravidanza.



► Tabella 1 - L'algoritmo BLS

Esecuzione della RCP e della defibrillazione nei lattanti e nei bambini

Nei lattanti e nei bambini va usato lo stesso approccio DRS-ABCD usato negli adulti, con alcune importanti differenze descritte sotto.

Compressioni

Durante la RCP, le compressioni toraciche devono comprimere lo sterno per almeno un terzo della profondità del torace, ossia circa 4 cm nei lattanti e 5 cm nei bambini.

Compressioni nei lattanti

- Se il soccorritore è da solo deve comprimere lo sterno con i polpastrelli di due dita (Figura 10)
- Se i soccorritori sono due, uno deve usare la tecnica dell'accerchiamento per eseguire le compressioni toraciche mentre l'altro esegue le ventilazioni (respirazione bocca a bocca):
 - Appoggia i due pollici piatti, lato contro lato, sulla parte inferiore dello sterno (Figura 11), con le punte rivolte verso la testa del lattante
 - Tenendo le altre dita unite, circonda con le due mani la parte inferiore della gabbia toracica del lattante, sostenendo la schiena con la punta delle dita
 - Con i due pollici premi verso il basso la parte inferiore dello sterno, per comprimerlo almeno per un terzo della profondità del torace del lattante, ossia circa 4 cm



▶ Figura 10 - Tecnica delle due dita



▶ Figura 11 - Tecnica dell'accerchiamento

Compressioni nei bambini

- Appoggia il palmo di una mano sopra la metà inferiore dello sterno
- Solleva le dita per accertarti che non stai esercitando pressione sulle costole del bambino (Figura 12)
- Posizionati verticalmente sopra il torace del paziente, con le braccia dritte, e premi sullo sterno per comprimerlo per almeno un terzo della profondità del torace, ossia circa 5 cm
- Nei bambini più grandi, ciò si esegue più facilmente usando entrambe le mani (come nella RCP degli adulti)



► Figura 12 - Posizione della mano durante le compressioni nei bambini

Ventilazioni di soccorso

Ricordati che nei bambini l'ostruzione delle vie aeree è molto frequente e che devi dedicare più tempo e più attenzione per assicurarti che le vie aeree siano disostruite prima di iniziare le ventilazioni.

Nei lattanti, non inclinare la testa troppo indietro perché questa manovra potrebbe ostruire le vie aeree. La posizione mostrata nella (Figura 13) è quella ideale.

Quando esegui le ventilazioni, presta estrema cautela a non insufflare troppa aria nei polmoni dei bambini più piccoli.

Quando esegui la ventilazione nei bambini più piccoli, potrebbe essere più facile appoggiare la tua bocca sopra la bocca e il naso del bambino per creare aderenza.

Le manovre di rianimazione vanno continuate finché il lattante o il bambino non migliora e non mostra segni di vita o non arriva il soccorso medico a sostituirti.

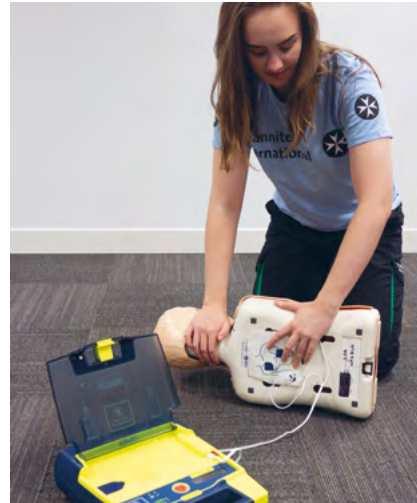
Se devi allontanarti dalla scena per chiamare aiuto porta con te il lattante o il bambino piccolo, se possibile.



► Figura 13 - Posizione neutra della testa nei lattanti

Il DAE non deve essere usato nei lattanti

Per usare un defibrillatore per un bambino, è meglio usare piastre pediatriche. Se le piastre pediatriche non sono disponibili, usa le piastre standard per adulti e posizionane una sul torace e una sulla schiena, come mostrato nella Figura 14.



► Figura 14 - Posizionamento delle piastre del DAE nei bambini

Soffocamento negli adulti

Il soffocamento non è un evento raro, specialmente nelle persone molto giovani o in quelle anziane. Alcune semplici manovre di emergenza possono salvare la vita. Devi seguire l'approccio **DRS-ABCD**. I segni e sintomi di soffocamento sono:

- tosse, respiro sibilante o affannoso
- difficoltà a respirare, parlare o deglutire
- panico
- il soggetto si afferra la gola
- quando respira emette suoni anomali, come un fischio
- il soggetto non risponde

Le azioni da eseguire:

- incoraggia il paziente a tossire
- se ciò non causa l'espulsione del corpo estraneo, manda qualcuno a cercare aiuto
- fai sporgere il paziente in avanti e, con il palmo della mano, assesta 5 colpi vigorosi sulla schiena tra le scapole, come mostrato nella Figura 15
- se i colpi sulla schiena non risolvono l'ostruzione, prova con 5 compressioni addominali (questa è nota anche come manovra di Heimlich). Per eseguire le compressioni al meglio posizionati in piedi dietro il paziente, stringi una mano a pugno e posizionala subito sotto il centro della gabbia toracica. Con l'altra mano afferra il pugno da sotto, quindi comprimi bruscamente spingendo entrambe le mani verso l'alto e all'indietro (Figura 16)
- se l'ostruzione non si risolve o finché il paziente non si riprende, continua alternando 5 colpi alla schiena con 5 compressioni addominali.



► Figura 15 - Colpi vigorosi alla schiena



► Figura 16 - Compressioni addominali

Cosa fare quando il paziente che sta soffocando perde coscienza

- Fai adagiare il paziente a terra, se non lo è già, sostenendolo e sdraialo sulla schiena
- Chiama aiuto e inizia immediatamente la RCP
- Continua la RCP finché non arrivano i soccorritori professionisti o finché il corpo estraneo non si disloca

Soffocamento nei lattanti e nei bambini

In tutti i casi, che siano lattanti o bambini, il trattamento iniziale è quello di incoraggiarli a tossire.

Se la tosse è inefficace, assesta 5 colpi sulla schiena.

Nei bambini *più grandi*, usa la stessa tecnica dei colpi sulla schiena usata negli adulti (Figura 15).

I *lattanti e i bambini più piccoli* devono essere sorretti tenendoli a testa in giù. A seconda dell'età e della grandezza, il soccorritore deve sorreggere il bambino sul proprio avambraccio o in grembo. La testa del bambino deve essere sostenuta con il palmo della mano, usando le dita della stessa mano per tenergli la bocca aperta. L'avambraccio deve essere rivolto leggermente verso il basso, per favorire la caduta del corpo estraneo che ostruisce le vie aeree fuori dalla bocca. Assesta 5 colpi sulla schiena come faresti con un adulto, ma meno vigorosamente (Figura 17).

Se la manovra non disloca il corpo estraneo, il passo successivo dipende dall'età del bambino:

- nei lattanti si eseguono le compressioni toraciche
 - esegui fino a 5 compressioni toraciche, nello stesso modo di quelle addominali, ma a un ritmo più lento (Figura 18)
 - l'obiettivo è rimuovere l'ostruzione con una compressione e non di eseguirle tutte e cinque, quindi dopo ogni compressione è importante controllare se ci sono miglioramenti
- nei bambini, si usano le compressioni addominali (come nella tecnica usata per gli adulti, vedi Figura 16)

Nei lattanti e nei bambini i 5 colpi sulla schiena vanno alternati rispettivamente con 5 compressioni toraciche o 5 compressioni addominali. Se il lattante o il bambino non risponde più, si deve iniziare la RCP (come spiegato prima).



► Figura 17 - Colpi alla schiena in un lattante o bambino piccolo

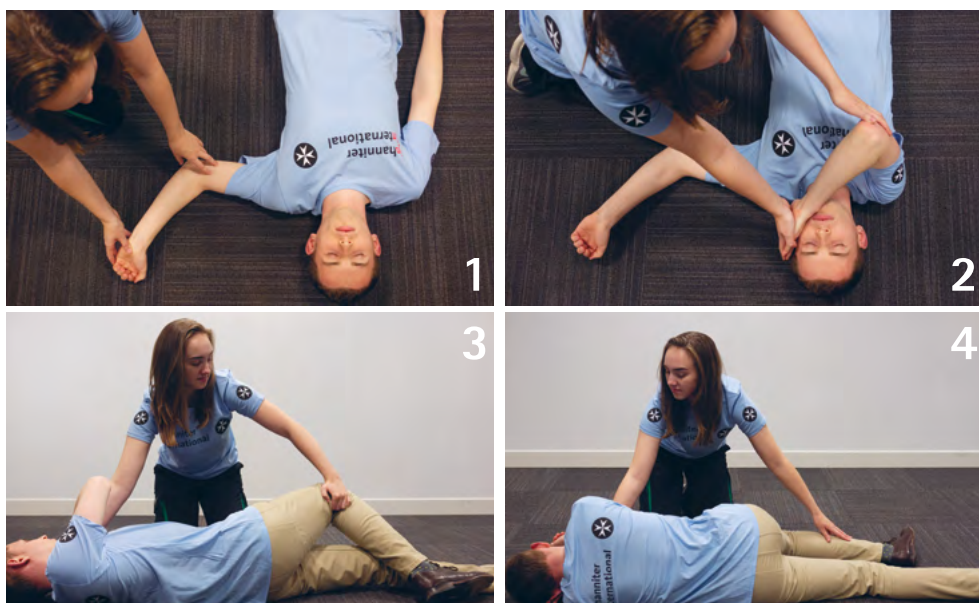


► Figura 18 - Compressioni toraciche in un lattante o bambino piccolo

Posizione di sicurezza

Il paziente che non risponde e respira normalmente è a rischio di morte se le vie aeree si ostruiscono. Sistemandolo nella posizione di sicurezza ti assicuri che le sue vie aeree rimangano aperte e libere. La liberazione delle vie aeree ostruite ha la priorità sull'eventuale sospetto di una lesione al collo o alla schiena. Se vi è un rischio significativo di trauma spinale e il paziente respira normalmente, deve essere lasciato nella posizione in cui è stato trovato (pagina 48).

La Figura 19 mostra come sistemare un adulto o un bambino nella posizione di sicurezza.



► Figura 19 - Sistemazione di un paziente nella posizione di sicurezza

Quando il paziente è stato sistemato nella posizione di sicurezza:

- telefona alla centrale operativa di emergenza o chiedi a qualcuno di farlo
- continua a verificare che il paziente stia respirando
- mantieni caldo il paziente usando una coperta o una giacca
- se il paziente deve rimanere nella posizione di sicurezza per un tempo prolungato, alterna i due lati ogni 30 minuti
- le donne in stato avanzato di gravidanza devono essere preferenzialmente coricate sul lato sinistro

Posizione di sicurezza nei lattanti

Se il paziente è un lattante, tienilo in braccio con la testa inclinata verso il basso e monitora il suo respiro e il suo livello di risposta fino all'arrivo del soccorso medico (Figura 20).



► Figura 20 - Posizione di sicurezza nei lattanti

Togliere un casco

Se sei il primo soccorritore sulla scena di un incidente, la persona che stai cercando di aiutare potrebbe indossare un casco, quindi devi sapere come toglierlo.

La cosa più importante da ricordare è che *se la vittima risponde appropriatamente e parla e respira normalmente non c'è nessuna urgenza di toglierle subito il casco*.

Se il paziente *non risponde o respira in modo anormale* devi toglierli il casco con molta cautela usando il metodo mostrato nella sequenza sotto.

Durante questa procedura è essenziale fare in modo di muovere il paziente il meno possibile. Per togliere il casco è meglio essere in due (come mostrato nelle figure sotto).



▶ Figura 21– Primo passo

▶ Figura 22 – Secondo passo

▶ Figura 23 – Terzo passo

Strangolamento e impiccamento

Lo strangolamento è una costrizione o pressione intorno al collo. L'impiccamento, ossia l'asfissia che avviene quando un corpo rimane appeso per il collo, può comportare lo strangolamento come meccanismo del trauma. Il rischio di trauma spinale dall'impiccamento stesso è basso, perciò va data priorità allo scioglimento di qualsiasi costrizione e all'apertura delle vie aeree.

- In tutti i casi segui la sequenza **DRS-ABCD**
- Se il paziente è ancora sospeso, devi tentare di tirarlo giù, sempre che questa operazione non sia pericolosa per te e se sei in grado di farlo. Quasi sempre sono necessarie almeno due persone
- Fai attenzione quando sdrai la persona sul pavimento, perché sarà pesante
- Rimuovi tutte le costrizioni intorno al suo collo

Difficoltà a respirare

L'ossigeno proveniente dall'aria inspirata nei polmoni viene trasportato in tutto il corpo tramite la circolazione sanguigna. Il trasporto dell'ossigeno può essere impedito da un'ostruzione delle vie aeree o da un problema ai polmoni (come un'infezione toracica). Questo comporta che il paziente si trovi "a corto di respiro" quando tenta di compensare questa mancanza aumentando la frequenza e lo sforzo respiratorio.

Se un paziente usa ossigeno domiciliare o trasportabile è importante tenerlo lontano da fiamme libere o sigarette che potrebbero causare un incendio o anche un'esplosione.

Asma

La maggioranza delle persone affette da asma è consapevole della propria malattia e dovrebbe saper usare correttamente i medicinali prescritti. Un attacco d'asma può essere potenzialmente fatale.

Una persona con un attacco d'asma potrebbe mostrare:

- difficoltà a respirare
- respiro sibilante
- tosse

Senza nessun trattamento, i sintomi possono aggravarsi in fretta causando:

- affanno grave
- ansia o panico

Cosa devi fare?

- Segui sempre la sequenza **DRS-ABCD**
- Aiuta il paziente a sedersi diritto in una posizione confortevole e rassicuralo
- Consiglia al paziente di autosomministrarsi il medicinale tramite l'inalatore
- Se necessario, aiutalo a somministrarsi il medicinale e invitalo a usare uno spaziatore se ne ha uno (Figura 24)
- Assicurati che i soccorsi stiano arrivando



► Figura 24 - Somministrazione tramite inalatore collegato a uno spaziatore

Croup (laringotracheobronchite)

Colpisce i bambini fino all'età di 6 anni e solitamente compare nei mesi invernali. È causato da un virus che provoca infiammazione delle vie aeree, a sua volta responsabile della tipica tosse "abbaiante". Può essere allarmante, ma solitamente migliora senza conseguenze durature e senza la necessità di ulteriore trattamento o intervento di un medico.

Nel bambino si riscontra solitamente:

- tosse "abbaiante"
- suono aspro e stridente, soprattutto durante l'inspirazione
- voce rauca

Cosa devi fare?

- Segui sempre la sequenza **DRS-ABCD**
- Conforta e sostieni il bambino nella posizione più comoda per lui
- Se il bambino diventa più inquieto o fa fatica a respirare, chiama aiuto

Inalazione di gas tossici

L'inalazione di fumo o gas tossici può essere letale. Prima di entrare in qualsiasi ambiente potenzialmente tossico devi valutare molto attentamente la situazione. Se non è sicuro accedere o non puoi spostare il paziente, EVITA di entrare nell'ambiente. Aspetta l'arrivo di soccorritori professionisti e appropriatamente equipaggiati.

Cosa devi fare?

- Segui sempre la sequenza **DRS-ABCD**
- Se possibile, ventila l'area aprendo tutte le porte e le finestre
- Se puoi avvicinarti al paziente senza pericolo, inizia le manovre di primo soccorso
- Se non è pericoloso spostare il paziente, allontanalo dall'ambiente tossico e continua le manovre di primo soccorso
- Se inizi a non sentirti bene, devi allontanarti **IMMEDIATAMENTE** dall'ambiente, portando il paziente con te se è possibile senza esporti a ulteriori rischi

Reazione allergica grave

In questi casi il paziente può presentare difficoltà a respirare o segni di ostruzione delle vie aeree causate da un gonfiore. Fai riferimento al capitolo Allergia grave.

Annegamento non fatale

Annegamento non fatale è il termine usato quando un paziente è stato salvato dall'acqua. Il termine *annegamento fatale* si usa invece quando tutti i tentativi di rianimazione sono falliti o la vittima è deceduta prima di essere estratta dall'acqua. L'annegamento fatale è una delle cause più frequenti di morte accidentale tra i giovani, spesso associata al consumo di alcolici.

Puoi tentare di salvare qualcuno dall'acqua solo se sei un nuotatore esperto e se le condizioni per farlo sono sicure

Se è troppo pericoloso per te entrare in acqua, cerca di lanciare alla vittima un dispositivo di salvataggio galleggiante e attendi l'aiuto da parte di soccorritori professionisti o persone addestrate. **Non diventare la seconda vittima.** Per salvare una persona da un annegamento quasi fatale da acque profonde sono necessarie abilità e attrezzature speciali.

In tutti i casi segui la sequenza **DRS-ABCD**.

Quando il paziente è stato estratto dall'acqua e se risponde, togligli gli indumenti bagnati e tienilo al caldo. È importante ricordare che se il paziente si è tuffato in acque basse potrebbe aver subito una lesione al collo.

Se il paziente non risponde, va estratto dall'acqua, preferibilmente in una posizione orizzontale, e con più cautela possibile. Se il paziente non respira normalmente, si deve iniziare la RCP, che va proseguita fino all'arrivo dei soccorritori professionisti (pagina 16).

È importante sottolineare che tutti i pazienti sopravvissuti a un episodio di annegamento quasi fatale devono essere visitati in ospedale.



► Figura 25 - La catena della sopravvivenza nell'annegamento quasi fatale

Dolore toracico

I motivi del dolore al torace possono essere numerosi. Sebbene il dolore dovuto a problemi cardiaci sia la causa grave più comune di dolore toracico, vi sono molte altre cause importanti e potenzialmente serie.

Alcuni pazienti possono manifestare periodicamente episodi di dolore toracico. In questo caso, potrebbe essere necessario aiutarli ad assumere i loro farmaci.

Come regola generale, tutti i pazienti che manifestano dolore toracico devono essere sottoposti a un'ulteriore visita medica.

Caratteristiche che suggeriscono che il dolore toracico potrebbe essere serio sono:

- dolore o fastidio spesso localizzato al centro del torace e descritto come sensazione di oppressione, pesantezza o costrizione
- dolore che si irradia a collo, mandibola, spalle o braccia
- nausea e vomito
- difficoltà a respirare o respiro corto
- stato confusionale, capogiri e sensazione di svenimento
- cute fredda, sudata e pallida

Se soccorri un paziente che lamenta dolore toracico devi:

- seguire sempre la sequenza DRS-ABCD
- farlo sedere e metterlo il più comodo possibile
- assicurarti che i soccorsi stiano arrivando
- aiutarlo ad assumere eventuali medicinali che gli sono stati prescritti per la sua patologia medica (per es., uno spray a base di nitroglicerina)
- invitarlo ad assumere aspirina masticabile (300 mg) se disponibile
- prepararti a iniziare la RCP e ad applicare il DAE se il paziente collassa e non risponde più

Svenimento

Lo svenimento è una breve perdita di coscienza causata da una diminuzione del flusso di sangue al cervello. Può essere causato da numerosi fattori: rimanere in piedi in un ambiente caldo, carenza di acqua o di cibo o stress emotivo.

Quando un paziente sviene:

- solitamente inizia ad avere caldo e percepire la testa leggera
- può lamentare una visione a tunnel o offuscata
- crolla o cade a terra

Gli astanti solitamente notano che il paziente è diventato pallido e risponde meno prontamente. È importante ricordare che il paziente potrebbe ferirsi quando cade. La maggior parte dei pazienti si riprende completamente senza nessuna complicazione.

Che cosa puoi fare:

- cerca di attutire il più possibile la caduta a terra
- sdraia il paziente a terra sulla schiena
- se possibile, sollevagli delicatamente le gambe
- quando si è ripreso, fallo sedere con gradualità
- controlla se ha ferite dovute alla caduta
- se hai assistito alla caduta, fornisci un resoconto accurato al personale del soccorso medico

Se il paziente non riprende coscienza rapidamente, devi seguire la sequenza DRS-ABCD.

Se si tratta di una donna agli ultimi stadi di gravidanza, devi girarla in modo che rimanga coricata sul fianco sinistro e non sulla schiena.

Emorragia esterna

La gravità di un sanguinamento può variare da piccoli tagli, graffi ed escoriazioni a emorragia grave che può essere fatale. In situazioni come questa, dove possibile, indossa guanti monouso per proteggerti dalle infezioni o usa protezioni di fortuna (pagina 10) per evitare il contatto con il sangue. In tutti i casi segui la sequenza DRS-ABCD.

Sanguinamento di piccola entità

Se il paziente ha piccoli tagli, graffi o escoriazioni, la tua priorità è evitare che si infettino.

- Se il taglio è sporco, puliscilo con acqua corrente, quindi asciugalo con una garza sterile o con materiale pulito
- Pulisci e asciuga la cute circostante proteggendo la ferita
- Copri completamente la ferita con una garza sterile o un cerotto

Emorragia grave

Ferma il prima possibile qualunque tipo di emorragia grave

- Esponi completamente la ferita togliendo o tagliando gli indumenti
- In assenza di corpi estranei all'interno o sporgenti dalla ferita, applica una pressione diretta sulla ferita o il più possibile vicino al punto di sanguinamento (Figura 26)
- Se un corpo estraneo è inglobato all'interno o sporge dalla ferita, posiziona un'imbottitura intorno all'oggetto prima di applicare pressione su entrambi i lati dell'oggetto
- Sdraia il paziente e solleva il più possibile la parte del corpo interessata all'emorragia
- Se comunque l'emorragia non si ferma, non togliere la medicazione/garza posizionata inizialmente ma applicane una seconda al di sopra della prima e continua a esercitare pressione diretta
- Se l'emorragia continua proviene da un arto, applica una fascia emostatica al di sopra della lesione (pagina 32) e il più vicino possibile alla ferita
- Non far bere né mangiare un paziente con un'emorragia grave, ma chiama aiuto
- Continua a monitorare le condizioni del paziente, seguendo il sistema **DRS-ABCD**

Quando l'emorragia è notevole, la situazione può essere drammatica e angosciante. Se l'emorragia non viene fermata rapidamente, la persona può perdere molto sangue, sviluppare shock (pagina 38) e perdere coscienza. Fortunatamente queste situazioni sono rare. La cosa importante da ricordare è che alcuni semplici metodi possono salvare la vita.



► Figura 26 - Applicazione di una pressione diretta a una ferita

Applicare una fascia emostatica di fortuna

Preparare e applicare una fascia emostatica di fortuna non è difficile. Serve solo un pezzo di legno o di metallo e una striscia di tessuto non elastico (per es., una sciarpa o una cravatta). Il materiale deve essere sufficientemente forte da non strapparsi quando viene stretto. La preparazione e l'applicazione della fascia emostatica sono mostrate nella Figura 27.

Se la fascia emostatica è stata applicata correttamente, la persona sentirà dolore. Devi rassicurarla che la fascia emostatica ha una funzione importante e che i soccorritori professionisti stanno arrivando.



► Figura 27 - Preparazione e applicazione di una fascia emostatica

Amputazioni

Molto raramente l'emorragia grave è dovuta all'amputazione di un braccio o di una gamba. In questo caso, l'emorragia va controllata come descritto sopra. Tuttavia, molto più spesso le amputazioni riguardano dita delle mani o dei piedi e non mettono a repentaglio la vita.

Qualsiasi parte del corpo sia stata amputata, se è recuperabile senza correre rischi va sempre inviata in ospedale insieme al paziente. Può essere avvolta in un panno pulito, come un fazzoletto da tasca, oppure messa in una busta di plastica che a sua volta viene posta in una seconda busta contenente acqua fredda. In ogni caso la parte amputata non deve essere messa direttamente in acqua, entrare in contatto con il ghiaccio né essere congelata.

Shock

Lo shock è una condizione potenzialmente pericolosa per la vita che si verifica quando l'organismo non riesce a fornire un'adeguata quantità di sangue agli organi vitali come cuore e cervello.

Le cause frequenti dello shock sono:

- emorragia grave
- infezione grave, definita "sepsi"
- reazione allergica grave
- ustioni gravi
- insufficienza cardiaca, per es. per un attacco di cuore

I pazienti in shock possono mostrare alcuni o tutti i seguenti segni e sintomi:

- tachicardia
- cute pallida, fredda, umida/sudata
- respiro corto e rapido
- svenimento, capogiri o stato confusionale
- nausea, vomito
- irrequietezza, agitazione
- perdita di coscienza

Controllare la presenza di polso è difficile, soprattutto in un paziente in shock, e non è consigliato nell'ambito del primo soccorso. Se il paziente parla e risponde e dà segni chiari di vita si può stare tranquilli che è presente una circolazione sanguigna adeguata.

Alcuni semplici interventi possono aiutare a migliorare le condizioni del paziente e metterlo più a proprio agio mentre attende ulteriore assistenza medica:

- segui sempre la sequenza **DRS-ABCD**
- la precedenza assoluta va data alla ricerca della causa dello shock (per es., fermare l'emorragia esterna, pagina 31, o porgere un autoiniettore in caso di reazione allergica grave, pagina 39)
- sdraia il paziente sulla schiena e, se possibile e appropriato, solleva e sostiene le gambe
- copri il paziente con coperte o indumenti per tenerlo caldo
- rassicuralo
- non somministrare cibo o bevande, anche se puoi consentirgli di bere piccoli sorsi d'acqua
- continua a monitorarlo regolarmente e segui **DRS-ABCD**

Ferite penetranti – accoltellamenti e ferite da arma da fuoco

Potrebbe succederti di rimanere coinvolto in una sparatoria o un accoltellamento, oppure capitare sulla scena di un evento di questo genere.

In tutti i casi la priorità è LA TUA SICUREZZA. In caso tu assista a un attacco con arma da fuoco o da taglio o in presenza di una bomba sospetta/esplosa, segui la regola SCAPPA - NASCONDITI - CHIAMA.



► Figura 28 - Scappa, nasconditi e chiama

Se puoi assistere il paziente, applica la sequenza DRS-ABCD. In caso di emorragia esterna, vedi a pagina 31.

- Qualsiasi oggetto (come un coltello) che sporge da una ferita DEVE essere lasciato dov'è
- In rari casi le ferite all'addome possono causare la protrusione di parte delle viscere. NON applicare pressione diretta agli organi esposti né tentare di rimetterli dentro la ferita. L'ideale è coprire questo tipo di ferite con un panno pulito inumidito o con una garza
- I pazienti coscienti con ferite addominali da penetrazione possono stare meglio se si sistemano nella posizione a W fino all'arrivo dell'ambulanza (Figura 29)



► Figura 29 - La posizione a "W"

Malattia da calore

Se il corpo accumula più calore di quanto riesca a disperderne, il paziente rischia di sviluppare una malattia da calore. Inizialmente sente molto caldo, può avere crampi e spesso suda copiosamente. Se questa condizione si protrae, il paziente può entrare in stato confusionale e collassare. I pazienti molto giovani e molto anziani sono più sensibili agli effetti del calore.

Alcune precauzioni possono salvare la vita e possono evitare il peggioramento delle condizioni del paziente.

Cosa devi fare:

- segui sempre la sequenza **DRS-ABCD**
- se possibile, sposta il paziente in un luogo fresco all'ombra
- toglie gli indumenti al paziente
- raffredda attivamente il paziente applicandogli impacchi di acqua fredda e facendogli aria
- se è cosciente somministragli bevande fredde, ma sarebbe meglio somministrargli integratori sportivi contenenti sali e zucchero se disponibili

Con le adeguate misure di primo soccorso, il paziente con malattia da calore lieve si riprenderà completamente entro 30 minuti.

Se i sintomi persistono, e compare uno stato confusionale, il paziente potrebbe avere un "colpo di calore". In tal caso, va trasportato urgentemente in ospedale.

Problemi associati al freddo

Quando una persona rimane in un ambiente freddo, può sviluppare una lesione localizzata dovuta all'esposizione al freddo di una parte del corpo, solitamente dita dei piedi o delle mani (congelamento superficiale), oppure ipotermia.

Ipotermia

Quando la temperatura del corpo scende a valori molto bassi si verifica l'ipotermia. L'ipotermia grave è potenzialmente fatale. La velocità con cui si può presentare l'ipotermia aumenta in caso di esposizione prolungata al freddo o al vento forte, a un'intossicazione alcolica o quando il corpo è bagnato (l'acqua conduce il calore 20 volte più rapidamente dell'aria).

Il primo sintomo dell'ipotermia di solito è la comparsa di:

- brividi

Seguiti da:

- stato confusionale o disorientamento
- linguaggio incomprensibile
- perdita di coordinazione

Man mano che diventa sempre più freddo e l'ipotermia peggiora, il paziente entra in uno stato confusionale maggiore, non risponde più e infine va incontro ad arresto cardiaco.

Cosa devi fare:

- segui la sequenza **DRS-ABCD**
- se possibile, sposta il paziente in un luogo caldo e lontano dal vento
- rimuovi gli indumenti bagnati
- copri il paziente (anche la testa) con indumenti caldi asciutti e con coperte
- se risponde, offrigli bevande calde e cibi energetici, ma evita gli alcolici
- se possibile, appoggia impacchi caldi o bottiglie di acqua calda sul suo corpo, ma non in contatto diretto con la pelle (per non ustionarlo)

Se il paziente non risponde, è importante fare molta attenzione nel spostarlo perché manovre incaute possono favorire un arresto cardiaco.

Se il paziente non dà segni di vita, inizia la RCP (pagina 16).

Congelamento superficiale

Il congelamento superficiale della cute causa pallore e intorpidimento delle zone interessate (di solito il viso, le orecchie e il naso), che vanno quindi coperte per favorirne il riscaldamento. Il congelamento superficiale è completamente reversibile.

Congelamento profondo

Questo tipo di congelamento interessa i tessuti profondi. Quanto più grave è il congelamento, tanto più profondamente è stato colpito il tessuto. Più spesso il congelamento interessa le dita di piedi e mani. La gravità del congelamento è proporzionale all'intensità del freddo e alla durata dell'esposizione.

I segni del congelamento profondo sono:

- formicolio e punture di spillo o perdita di sensibilità nelle aree colpite
- rigidità delle dita (mani o piedi) con riduzione del movimento
- perdita di colore della cute interessata
- lieve gonfiore delle aree colpite
- comparsa di vescicole (solitamente in un secondo tempo)

Cosa devi fare:

- sposta il paziente in un luogo caldo e asciutto
- controlla i segni di ipotermia (pagina 36)
- riscalda e copri le parti colpite
- sostituisci gli indumenti bagnati con altri asciutti o riscalda tutto il paziente, per esempio allontanandolo dal freddo o dal vento e infilandolo in un sacco a pelo
- non sfregare o massaggiare la pelle congelata perché potrebbe essere pericoloso
- non far scoppiare mai le vescicole
- evita che il paziente si raffreddi ancora
- cerca ulteriore aiuto medico

Elettrocuzione (folgorazione)

Quando una persona subisce una folgorazione, il passaggio della corrente elettrica può bloccare la respirazione e l'attività cardiaca. La corrente elettrica può inoltre causare ustioni nel punto in cui entra e in quello in cui esce dal corpo.

Elettrocuzione in ambito non domestico (alta tensione)

Il contatto con corrente ad alta tensione è solitamente fatale. I sopravvissuti avranno ustioni gravi.

Cosa devi fare:

- segui sempre la sequenza **DRS-ABCD**
- la tua sicurezza ha la priorità assoluta
- rimani lontano almeno 20 metri dalla fonte (perché l'elettricità può descrivere un arco fino a questa distanza)
- se possibile, fai in modo che la fonte dell'energia venga scollegata
- avvicinati al paziente solo se hai accertato di poterlo fare senza pericolo
- continua a seguire la sequenza **DRS-ABCD**

Elettrocuzione in ambito domestico (bassa tensione)

La corrente elettrica a bassa tensione usata nei luoghi di lavoro e in casa può provocare lesioni significative. La maggior parte degli incidenti di questo tipo è causata da apparecchi elettrici difettosi, cavi elettrici logori o collegamenti elettrici errati, mentre con i bambini il rischio è che inseriscano oggetti dentro le prese elettriche. La presenza di acqua intorno agli apparecchi elettrici aumenta enormemente il rischio.

Cosa devi fare:

- segui sempre la sequenza **DRS-ABCD**
- valuta sempre la presenza di pericoli
- se il paziente è ancora in contatto con la fonte dell'elettricità non toccarlo. Se possibile spegni la fonte dell'elettricità, sia a livello di presa di corrente sia a livello del quadro elettrico principale (contatore)
- se non puoi spegnere rapidamente il quadro elettrico principale, cerca di staccare il paziente dalla fonte dell'elettricità. Per farlo, devi trovarti sopra un materiale isolante (come un tappetino di plastica o una scatola di legno) e usare un bastone o una scopa di legno
- una volta accertato che non vi sia più pericolo, valuta il paziente applicando la sequenza **DRS-ABCD**

Elettrocuzione da fulmini

Se la vittima è stata colpita da un fulmine, è fondamentale seguire la sequenza **DRS-ABCD**, iniziando subito la RCP se il paziente non dà segni di vita e se non ci sono pericoli nel farlo.

Reazioni allergiche

Le reazioni allergiche sono molto frequenti e di solito richiedono soltanto il trattamento dei sintomi. In molti casi, il paziente è consapevole della causa del problema. Arachidi, antibiotici e frutti di mare sono comuni fattori scatenanti. In altri casi, la causa potrebbe non essere chiara. Il tipo di aiuto che puoi fornire dipende da quanto è grave la reazione.

Allergia da lieve a moderata

Le caratteristiche sono:

- gonfiore di cute, viso e occhi
- eruzione cutanea in rilievo, solitamente pruriginosa (orticaria)

Cosa puoi fare:

- interrompi l'esposizione alla potenziale causa (per es., l'assunzione dell'antibiotico) e richiedi ulteriore aiuto medico
- incoraggia il paziente ad assumere il suo farmaco per un'allergia nota
- se il paziente sviluppa gonfiore alle vie aeree o difficoltà respiratorie valutalo secondo le indicazioni fornite per le allergie gravi

Allergia grave

Una reazione allergica grave, nota anche come anafilassi, è potenzialmente rischiosa per la vita e deve essere sempre trattata come emergenza medica. Il paziente può mostrare segni di shock (pagina 33) e può perdere conoscenza o andare in arresto cardiaco.

Le caratteristiche sono:

- difficoltà respiratorie e/o respirazione rumorosa
- gonfiore della lingua e/o restringimento della gola
- dolore/crampi addominali
- eruzione cutanea e/o sudorazione abbondante
- difficoltà a parlare e/o raucedine
- i bambini possono diventare pallidi e afflosciarsi

Cosa puoi fare:

- segui la sequenza **DRS-ABCD**
- aiuta il paziente a mettersi in una posizione comoda
- assisti il paziente nell'autosomministrazione dell'adrenalina tramite l'autoiniettore, se ce l'ha, oppure somministrala tu stesso se non è in grado di farlo
- se dopo 5 minuti non migliora, è possibile somministrare ancora adrenalina tramite un altro autoiniettore, se disponibile (Figura 30)
- accertati che il paziente riceva cure mediche di emergenza in ospedale



► Figura 30 - Somministrazione tramite autoiniettore

Convulsioni

Le convulsioni sono la conseguenza di un'attività cerebrale anormale che può causare contrazioni muscolari involontarie. Le convulsioni possono verificarsi in seguito a trauma cranico, malattie cerebrali, mancanza di ossigeno o glucosio o abuso di droghe o alcol.

Le caratteristiche possono essere:

- il paziente cade a terra improvvisamente
- il corpo può diventare teso e rigido
- possono presentarsi spasmi o movimenti involontari violenti
- può esserci perdita di urina

Al termine di una crisi convulsiva il paziente può essere in uno stato confusionale e sonnolento.

Cosa devi fare:

- segui la sequenza **DRS-ABCD**
- durante la crisi non cercare di tenere fermo il paziente
- cerca di proteggergli la testa rimuovendo eventuali pericoli o mettendo qualcosa di morbido sotto o a lati della testa
- impedisce a chiunque di mettere qualcosa all'interno della bocca del paziente per tenerla aperta
- chiama il soccorso medico se il paziente:
 - ha convulsioni continue
 - subisce un trauma che richiede attenzione medica
 - non ha mai avuto crisi convulsive in precedenza o la crisi dura più di 5 minuti
 - al termine della crisi, se il paziente continua a non rispondere, mettilo nella posizione di sicurezza e accertati che i soccorsi stiano arrivando
- continua a tenere sotto osservazione il paziente mentre attendi l'arrivo del soccorso medico

Convulsioni associate a temperatura elevata

Nei lattanti e nei bambini piccoli un rapido aumento della temperatura corporea può causare convulsioni. Per i genitori è un'esperienza allarmante, ma è un evento frequente e, se la crisi dura poco, non comporterà problemi a lungo termine.

Cosa devi fare:

- segui la sequenza **DRS-ABCD**
- rimuovi gli indumenti superflui ed eventuali lenzuola e coperte
- raffredda il bambino, per es., tramite spugnature o asciugamani umidi, facendo attenzione che non vada in ipotermia
- incoraggia l'uso di un medicinale per abbassare la febbre (per es. paracetamolo)
- richiedi l'intervento di un medico

Trauma cranico

Il trauma cranico è un evento frequente in persone di tutte le età. Spesso avviene in conseguenza a sport, aggressioni e cadute. Può verificarsi un breve periodo di alterazione dello stato di coscienza. Nella maggior parte dei casi basta solo confortare il paziente e assicurarsi che dopo il trauma venga tenuto sotto osservazione da un adulto responsabile.

Dopo un trauma cranico sono frequenti i seguenti sintomi:

- mal di testa
- capogiri
- nausea
- perdita della memoria per breve tempo
- stato confusionale o disorientamento per breve tempo

Un trauma cranico più grave può causare un'emorragia intracranica, che va sospettata nel caso il paziente presenti sintomi come:

- perdita di coscienza per un periodo prolungato subito dopo il trauma
- peggioramento del mal di testa
- più di un episodio di vomito
- stato di irritabilità o agitazione
- con il passare del tempo mostra maggiore sonnolenza, stato confusionale o non risponde
- disturbi della vista come visione doppia
- area molle o depressa sul cranio o deformità evidente

Cosa devi fare:

- segui la sequenza **DRS-ABCD**
- controlla il livello di risposta del paziente facendogli domande semplici, per esempio "come stai?" oppure "che ore sono?". Se le risposte continuano a essere sbagliate per più di 5 minuti dopo l'incidente, chiedi ulteriore assistenza medica
- se è presente una qualunque delle caratteristiche che suggeriscono la presenza di un trauma cranico grave, richiedi l'intervento di un medico o invia il paziente in ospedale

Devi chiamare aiuto anche quando il paziente:

- ha una crisi convulsiva
- è in terapia con fluidificanti del sangue o anticoagulanti (per es., compresse di warfarin o iniezioni di eparina)
- è intossicato da droghe o alcol
- non ha nessuno che possa assisterlo

Se il trauma è avvenuto in conseguenza a un'attività sportiva, allora al paziente va consigliato di non proseguirla né di riprenderla finché non è stato sottoposto a una visita medica specialistica.

Cefalee (mal di testa)

Solitamente le cefalee non sono associate a un problema grave sottostante. Tuttavia, la presenza di determinati segni e sintomi che fungono da *campanello d'allarme* richiedono un intervento medico urgente.

I *campanelli d'allarme* sono:

- cefalea con caratteristiche diverse rispetto al consueto andamento dei sintomi in quel paziente
- cefalea con altri sintomi, come febbre, vomito o rigidità del collo
- cefalea con visione doppia, perdita della vista o sensibilità alla luce
- comparsa improvvisa del "peggior mal di testa mai avuto"
- cefalea descritta dal paziente come sensazione di aver ricevuto un colpo alla parte posteriore della testa
- cefalee di nuova insorgenza nelle persone di età superiore ai 50 anni
- cefalea ricorrente quando il paziente si sveglia al mattino

cefalea associata a debolezza di una parte del viso o del corpo

Come trattare le cefalee che non presentano nessuno dei campanelli d'allarme elencati sopra:

- invitare il paziente a riposare in una posizione confortevole, per esempio in una stanza silenziosa e al buio
- aiutare il paziente ad assumere i suoi medicinali (per esempio per l'emicrania o le cefalee a grappolo)

Emicrania

Di solito nei pazienti con emicrania i sintomi hanno sempre un andamento più o meno simile. Il paziente va incoraggiato ad assumere i suoi medicinali e a richiedere assistenza nel caso i sintomi non diminuiscano.

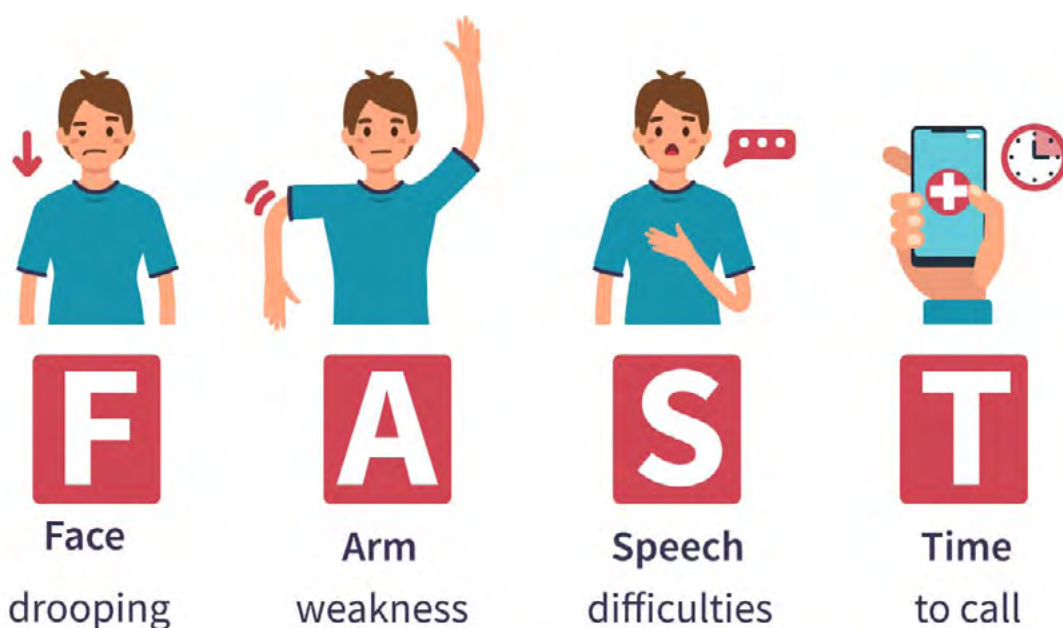
Se in quella occasione l'andamento dei sintomi è diverso dal "normale" ed il paziente è preoccupato, gli va suggerito di rivolgersi immediatamente a un medico.

Ictus

L'ictus è un evento frequente e oggi sono disponibili trattamenti che possono migliorare l'esito per molti pazienti. Per questo, il riconoscimento precoce da parte del soccorritore può davvero fare la differenza.

L'approccio è riassunto come:

Riconosci l'ictus...agisci F A S T



► Figura 31

Le caratteristiche di un ictus possono essere:

- debolezza del viso
- debolezza o sensazione alterata (intorpidimento) da un lato del corpo
- linguaggio indistinto o difficoltà a parlare
- alterazione o perdita della vista
- perdita di coordinazione
- stato confusionale o disorientamento

Cosa devi fare:

- segui la sequenza **DRS-ABCD**
- rassicura il paziente e fallo stare comodo
- se è poco responsivo, mettilo nella posizione di sicurezza

Emergenze diabetiche

Il diabete è una malattia in cui l'organismo non è in grado di controllare adeguatamente i livelli di glucosio nel sangue. Il diabete può essere diagnosticato a qualsiasi età. Vi sono due tipi di diabete: il tipo 1, che si manifesta nei pazienti più giovani e solitamente viene trattato con iniezioni di insulina, e il tipo 2, che è solitamente associato all'obesità nei pazienti adulti e spesso viene trattato con dieta e pastiglie.

I diabetici devono monitorare regolarmente i livelli di zucchero nel sangue (glicemia) e, in base a questi, fare le iniezioni di insulina o assumere le pastiglie. Può capitare che l'equilibrio tra livello di zucchero nel sangue e dosaggio di insulina si sbilanci e la glicemia risulti troppo alta (iperglicemia) o troppo bassa (ipoglicemia). Entrambe le situazioni sono gravi e necessitano ulteriore trattamento.

Iperglicemia

Iperglicemia è il termine usato per indicare che il livello di zucchero nel sangue è troppo elevato. Le cause solitamente sono insulina insufficiente, presenza di un'altra malattia o infezione.

Le caratteristiche dell'iperglicemia possono essere:

- comparsa graduale dei sintomi
- stato confusionale, agitazione o irritabilità
- torpore, che può portare alla perdita di coscienza se non si interviene
- respiro accelerato
- fortissima sete

Ipoglicemia

Ipoglicemia è il termine usato per indicare che il livello di zucchero nel sangue è troppo basso. Le cause possono essere troppa insulina, assunzione insufficiente di zuccheri e/o incremento dell'attività fisica o forte consumo di alcolici.

Le caratteristiche dell'ipoglicemia possono essere:

- comparsa rapida dei sintomi
- stato confusionale, agitazione o irritabilità
- debolezza
- cute umida e fredda
- aggressività
- torpore, che può portare alla perdita di coscienza se non si interviene

La maggioranza delle persone diabetiche sa quando è in "ipo" e può essere in grado di impedirlo.

A che cosa prestare attenzione:

- alcune persone diabetiche indossano un braccialetto o una targhetta che segnala la malattia
- se pensi che qualcuno stia avendo un'emergenza diabetica non sarai in grado di stabilire se è a causa di iper- o ipoglicemia, a meno che il paziente non abbia con sé un dispositivo per misurare il livello di glucosio.

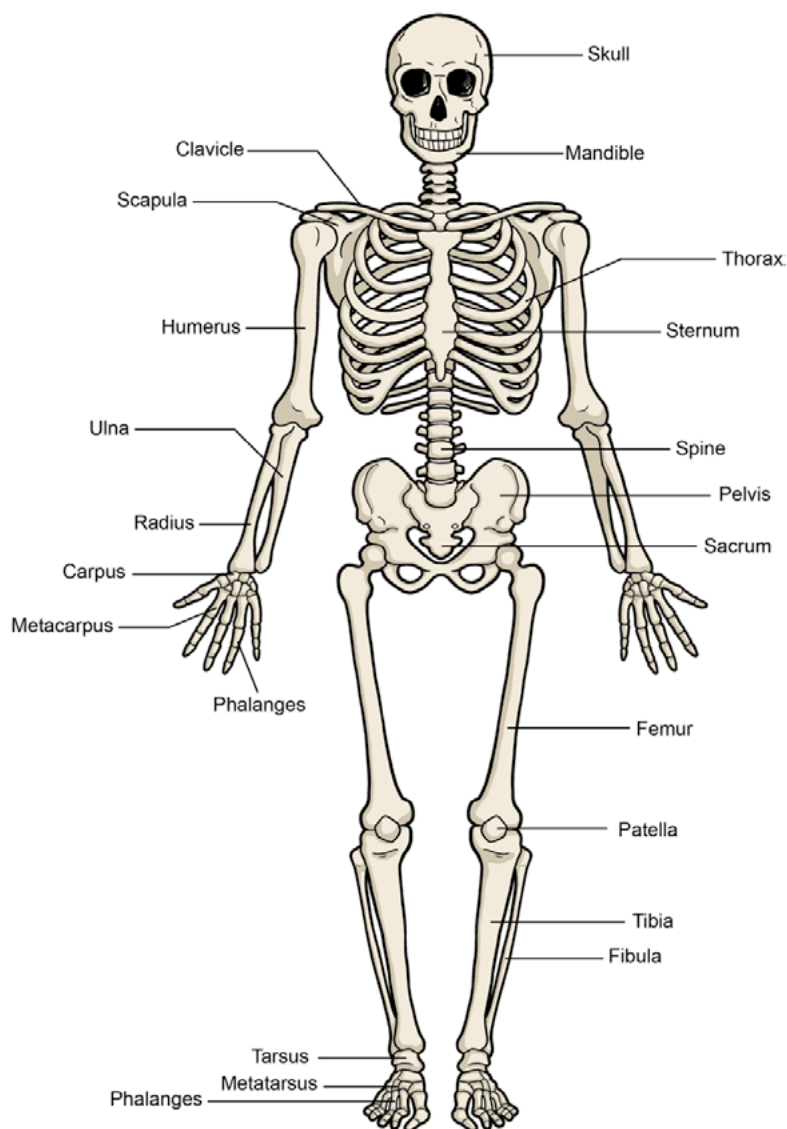
Cosa puoi fare:

- in tutti i casi segui la sequenza **DRS-ABCD**
- se il paziente risponde, aiutalo ad assumere un gel zuccherino, uno snack o una bevanda (non dietetica)
 - se migliora rapidamente, incoraggiarlo ad assumere qualche carboidrato (come un panino o un biscotto) e lascialo riposare
 - se non migliora rapidamente o non è in grado di assumere niente per bocca (bevande o snack) chiama immediatamente aiuto
- alcuni pazienti potrebbero avere con sé un'iniezione (kit con glucagone) da autosomministrarsi quando entrano in "ipo". In questo caso, potresti doverli aiutare a somministrare questa iniezione
- mentre aspetti, continua a controllare il livello di coscienza

Traumi a ossa e tessuti molli

I traumi agli arti spesso si presentano con dolore dovuto all'incidente. Talvolta è presente una curvatura o altra deformità evidente, oppure ecchimosi, gonfiore e dolorabilità. In genere il paziente è restio a muovere l'arto. Lo scopo del soccorritore è fornire supporto e rassicurare. Ciò di solito include sostenere/immobilizzare l'arto nella posizione che il paziente trova più confortevole ("imbottisci e sostieni").

In alcuni casi il paziente avrà una frattura evidente (osso rotto), indicata dalla presenza di deformità o suggerita dal gonfiore, ma nella maggior parte dei casi per confermarlo è necessario eseguire una radiografia. I traumi ai tessuti molli (distorsione o stiramento) possono essere altrettanto dolorosi delle fratture. Raramente una frattura è descritta come "aperta", ossia associata a una ferita.



► Figura 32 - Lo scheletro con le ossa principali

Uno stiramento avviene quando vengono lesionati i muscoli e i tendini. Una distorsione coinvolge i legamenti e le articolazioni ed è più frequente a livello delle articolazioni di caviglia e ginocchio.

Un trauma può anche causare la dislocazione di un'articolazione. Questo succede quando un osso si sposta dalla sua posizione normale determinando deformità, dolore e incapacità di muovere normalmente l'articolazione. Le articolazioni dislocate sono solitamente molto dolorose. Il soccorritore non deve tentare in nessun modo di far tornare l'articolazione nella sua posizione normale, ma deve usare il metodo "imbottisci e sostieni" per mantenere più comoda possibile la parte interessata.

Tutte le ferite sanguinanti devono essere trattate come descritto a pagina 31.

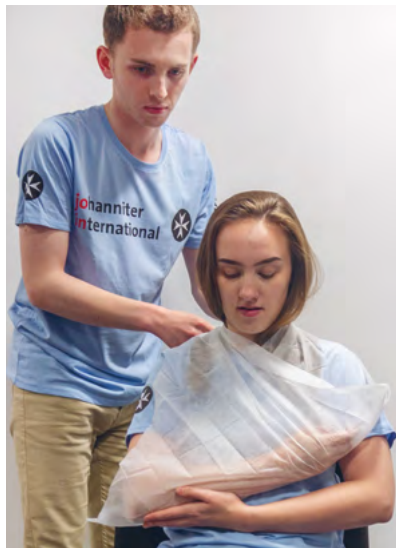
Se il paziente perde conoscenza, segui la sequenza **DRS-ABCD**.

Trauma alla spalla o al braccio

Il paziente con un trauma a una spalla o a un braccio di solito riscontra che la posizione più comoda è sostenere il braccio contro il torace tenendo il gomito piegato. Pertanto il braccio deve essere supportato in questa posizione usando un'imbragatura. Per creare un'imbragatura sarebbe meglio usare una fascia triangolare, ma si può sempre improvvisarne una in altro modo.



► Figura 33 - Il paziente deve tenere il braccio infortunato incrociato sul petto, sostenendolo con l'altro braccio. L'angolo dell'imbragatura può essere ripiegato su se stesso per non farlo sporgere e la base dell'imbragatura deve essere posizionata parallelamente al fianco del paziente.



► Figura 34 - Le due estremità del triangolo vengono sollevate portandole dietro il collo del paziente.



► Figura 35 - Infine, con un nodo semplice dei due capi si fa scorrere la fasciatura in modo che il braccio sia ben fasciato e fermo al suo interno, quindi i due capi si annodano ancora per fermarli e si infilano dentro la fasciatura stessa



► Figure 36

Traumi al torace

I colpi diretti al torace o le cadute possono causare traumi ai muscoli e alle ossa della cassa toracica. Anche se questi traumi possono essere estremamente dolorosi, nelle persone giovani in genere non sono pericolosi e basta solo un analgesico. Non è necessario limitare i movimenti della parete toracica. I traumi al torace nelle persone anziane o in pazienti con malattie cardiovascolari croniche possono avere conseguenze molto gravi, quindi questi pazienti devono essere visitati in ospedale.

Questi traumi si presentano con dolore nel punto dell'impatto, a volte con ecchimosi e dolore durante la respirazione.

Traumi all'addome

Tutti i pazienti che lamentano dolore all'addome (stomaco o pancia) in seguito a un incidente richiedono assistenza medica urgente.

Traumi alle gambe

Nella maggior parte dei casi è sufficiente aiutare il paziente a tenere la gamba in una posizione comoda. Ciò significa adagiarla su alcuni cuscini o coperte o qualsiasi supporto morbido comodo.

L'anziano si infortuna spesso l'anca e la coscia, talvolta anche in seguito a traumi non importanti. Spesso la gamba è ruotata e l'anca sporge in avanti a livello della coscia mentre il ginocchio è flesso. In questi casi la gamba infortunata deve essere supportata ("imbottisci e supporta") nella posizione in cui si trova.

Gli infortuni al ginocchio molto spesso avvengono praticando sport e il gonfiore compare rapidamente. Questi traumi sono di solito molto dolorosi e richiedono accertamenti in ospedale.

Distorsioni

Le articolazioni degli arti inferiori sono quelle che subiscono più spesso le distorsioni; il paziente potrebbe non essere in grado di camminare a causa del fastidio e del gonfiore. Il trattamento di primo soccorso in caso di traumi ai tessuti molli è riassunto nel riquadro sotto.

Dolore: alleviare il dolore usando comuni analgesici

Riposo: tenere a riposo la parte infortunata

Ghiaccio: impacchi con borsa del ghiaccio o busta di ghiaccio istantaneo sulla parte infortunata

Confortevole: fornire un supporto comodo

Elevate (elevazione): tenere sollevata la parte infortunata

Il ghiaccio non va applicato direttamente sulla pelle ma inserito in una borsa del ghiaccio o in un sacchetto di plastica avvolto da un telo. Come primo intervento per le distorsioni, l'applicazione di fasciature o sostegni ha scarsa utilità. I pazienti con un trauma distorsivo a una gamba che non riescono a camminare devono essere sottoposti a una visita medica per escludere una frattura.

Traumi spinali e al collo

Il midollo spinale (che si trova all'interno della colonna vertebrale) collega il cervello al resto del corpo. Cervello e midollo spinale costituiscono il sistema nervoso centrale.

Quella che tutti conoscono come "spina dorsale" è composta da:

- midollo spinale
- vertebre, ossia le ossa che proteggono il midollo spinale

Il midollo spinale si collega ai singoli muscoli trasferendo il comando del movimento (funzione motoria) proveniente dal cervello. Si collega anche agli organi come la cute, che comunicano sensazioni come il tatto, il dolore e il calore (funzioni sensoriali).

Quando una persona subisce una lesione spinale il rischio maggiore è quello che il midollo spinale sia stato danneggiato in modo temporaneo o permanente. Se succede, la persona rimane paralizzato dal punto della lesione in poi.

I traumi spinali sono più frequentemente associati a forze estreme. Devi considerare la possibilità di una lesione spinale se la persona:

- è caduta da una certa altezza (per es., da una scala)
- è caduta malamente (come durante un esercizio di ginnastica)
- si è tuffata in una piscina poco profonda e ha battuto la testa sul fondo
- è caduta da un veicolo o cavallo in movimento
- è stata coinvolta nella collisione di un veicolo ad alta velocità, soprattutto se non aveva le cinture di sicurezza allacciate
- è stata colpita alla testa o alla schiena da un oggetto pesante
- ha subito un trauma significativo alla testa o al viso

Di fatto, la maggioranza dei traumi a collo e schiena sono conseguenza di eventi relativamente poco gravi, come un movimento maldestro o improvviso, e non di quelli sopra elencati. Normalmente questi traumi richiedono soltanto rassicurazioni e analgesici.

Se in seguito a un trauma cranico il paziente non risponde, sospetta sempre una possibile lesione spinale e proteggilo di conseguenza

A che cosa prestare attenzione:

- dolore al collo o alla schiena
- irritazione e/o ecchimosi sulla pelle sopra la colonna vertebrale
- perdita di controllo degli arti - la vittima potrebbe non essere in grado di muovere le braccia o le gambe
- perdita di sensibilità o sensazioni anormali come bruciore o formicolio

Cosa devi fare:

- segui sempre la sequenza **DRS-ABCD**

Se il paziente *risponde* e **NON** è in stato confusionale:

- rassicuralo e digli di non muoversi
- per poter applicare la sequenza **DRS-ABCD**, devi chiedergli di spostare lentamente la testa in modo da guardare di fronte a sé, se riesce a farlo senza sentire dolore
- chiama l'ambulanza o chiedi a qualcuno di farlo
- chiedi al paziente di tenere la testa il più possibile immobile
- potresti cercare di sostenere la testa da entrambi i lati con cuscini o coperte oppure tenerla ferma in un allineamento neutro. Se usi le mani, non coprire le orecchie del paziente così potrà sentirti quando gli parli (Figura 37)



► Figura 37 - Stabilizzazione manuale del collo

Se il paziente *non risponde*:

- controlla che le vie aeree siano aperte, se necessario con la consueta manovra per inclinare la testa indietro e sollevare il mento (Figura 3). Per fare ciò, potrebbe essere necessario togliere il casco da motociclo (pagina 25)
- controlla la respirazione:
 - se il paziente sta respirando normalmente, lascialo nella posizione in cui l'hai trovato e usa le mani per tenergli ferma la testa. Se hai dubbi sulle vie aeree o se stia respirando normalmente, potrebbe essere necessario muoverlo (per es., farlo rotolare sulla schiena) per valutarlo adeguatamente
 - se non respira normalmente, devi iniziare la RCP. Perché sia efficace, il paziente deve essere posizionato con cautela sulla schiena

Mentre attendi l'arrivo dei soccorsi, continua a controllare la respirazione e il livello di risposta. Se il paziente non collabora e/o è in stato confusionale, non tentare di forzarlo a tenere il collo immobile.

Traumi minori

Tagli ed escoriazioni

Il sanguinamento da tagli ed escoriazioni di piccola entità si controlla tramite pressione ed elevazione. In genere, l'applicazione di un cerotto consente alla ferita di guarire da sola entro pochi giorni. Se la ferita consiste in una piccola escoriazione superficiale, spesso è meglio non coprirla per lasciarla seccare e cicatrizzare.

Il soccorso medico va richiesto solo se il sanguinamento è difficile da controllare, se nella ferita c'è un corpo estraneo o se c'è un alto rischio di infezione, come nel caso del morso di un animale o di una persona. I pazienti che non sono sicuri del proprio stato vaccinale (per es., tetano ed epatite) devono rivolgersi al medico.

Ecchimosi (lividi)

Le ecchimosi sono causate dal sanguinamento negli strati di tessuto al di sotto della pelle. L'ecchimosi può comparire rapidamente dopo un trauma oppure possono passare alcuni giorni prima che sia visibile (più tempo passa prima che compaia, più profondo è il tessuto lesionato). Le persone anziane e quelle in terapia con farmaci anticoagulanti sono più predisposte alla formazione di ecchimosi.

Le ecchimosi si riducono con l'elevazione e impacchi freddi. Posizionare per 10 minuti un impacco freddo sopra l'area di tessuto molle interessata dal trauma per ridurre il flusso di sangue e quindi l'estensione dell'ecchimosi.

Se compare gonfiore che continua a crescere, il paziente deve essere visitato in ospedale.

Vesciche

Le vesciche si formano a seguito di una frizione continua della pelle (quando la pelle viene sfregata ripetutamente contro un'altra superficie, come l'interno di una scarpa). Dal tessuto danneggiato fuoriesce un liquido che si accumula al di sotto della pelle.

Se si forma una vescica, pulire la zona e asciugarla. Se la vescica è già scoppiata, pulire la zona senza staccare lo strato di pelle sopra la vescica e coprirla con una medicazione per proteggerla e attutire ulteriori sfregamenti grazie all'imbottitura.

Corpo estraneo in una ferita

È importante rimuovere eventuali corpi estranei da una ferita, come piccoli pezzi di vetro o sassolini. Alcuni corpi estranei aumentano il rischio di infezione se non vengono rimossi. Per rimuovere i detriti irrigare la ferita o usare un paio di pinzette. Se i corpi estranei sono in profondità, è meglio non cercare di asportarli e aspettare che lo faccia il personale medico esperto. Se il corpo estraneo viene lasciato nella ferita, prima di coprire con una medicazione è meglio aggiungere imbottitura intorno al corpo estraneo.

Se una ferita è stata pulita bene e medicata, non è necessario chiamare subito il soccorso medico. Tuttavia, se nella ferita vi sono ancora detriti, è necessario ricorrere al medico.

Epistassi (sanguinamento dal naso)

Si tratta di un problema diffuso e spesso il primo soccorso lo risolve, indicando alla persona di:

- sedersi e chinarsi in avanti
- stringere le narici facendo brevi pause ogni 10-15 minuti finché il sanguinamento non si ferma (Figura 38)
- respirare con la bocca

Chiamare aiuto se il sanguinamento è grave, se ci sono sintomi come un leggero intontimento o sensazione di svenire oppure se il sanguinamento dura più di 30 minuti o il paziente ha subito un trauma alla testa.



► Figura 38 - Controllare il sanguinamento dal naso

Problemi alle orecchie

Il dolore alle orecchie può svilupparsi a causa di problemi molto diversi, come un'infezione o la presenza di un corpo estraneo. Consigliare al paziente di rivolgersi al suo medico curante o al pronto soccorso locale. Non cercare di rimuovere mai un oggetto dal condotto uditivo a meno che non sia ben visibile e facilmente raggiungibile.

Traumi agli occhi

Gli occhi possono subire molti tipi di incidenti che variano da problemi molto diffusi e poco gravi a situazioni più serie. I segni e i sintomi da controllare sono:

- dolore o arrossamento dell'occhio o della palpebra
- ferita visibile con o senza fuoriuscita di liquido/sangue
- perdita della vista
- intolleranza alla luce
- lacrimazione

È importante cercare di impedire al paziente di sfregarsi l'occhio.

Se pensi che vi sia qualcosa nell'occhio devi:

- guardare dentro l'occhio da vicino per cercare eventuali ferite
- se vedi che c'è qualcosa, cerca di farla uscire applicando quantità cospicue di acqua pulita al di sopra dell'angolo interno dell'occhio (Figura 39)
- se non è sufficiente, richiedi assistenza medica urgente

Se vi è **un livido, un taglio o un corpo estraneo conficcato** dentro o intorno all'occhio devi:

- dire al paziente di non toccarsi gli occhi
- richiedere assistenza medica urgente

Se si è verificata un'**ustione chimica** devi:

- risciacquare immediatamente l'occhio con acqua pulita per almeno 15 minuti, facendo inclinare la testa in avanti dalla parte dell'occhio interessato (per evitare di contaminare l'altro occhio)
- richiedere assistenza medica urgente

È importante non toccare l'occhio e non rimuovere nessun corpo estraneo conficcato nell'occhio. Non serve applicare un'imbottitura all'occhio infortunato.



► Figura 39 - Lavaggio di un occhio

**Se nell'occhio è entrato un composto chimico tossico,
come un acido, inizia subito a irrigarlo
con un liquido a base acquosa.
Se non è disponibile acqua pura,
va bene anche una bevanda analcolica.**

Ustioni e scottature

L'esposizione ravvicinata al fuoco o ad altri materiali in fiamme, soprattutto in uno spazio chiuso, può provocare l'inalazione di gas bollenti e/o lesioni termiche alla bocca e alle vie aeree. Questa situazione può trasformarsi rapidamente in un problema potenzialmente fatale, per il quale va richiesta assistenza medica urgente, informando l'operatore che si sospetta un'ustione delle vie aeree (pagina 27).

In presenza di un'ustione o una scottatura, il raffreddamento dell'area interessata ridurrà il dolore e il gonfiore e, conseguentemente, che rimangano cicatrici. Quanto più rapidamente e più a lungo si raffredda un'ustione, tanto minore sarà l'impatto del danno.

Regole fondamentali

- Assicurati di non correre pericoli nel soccorrere la persona
- NON tentare di staccare indumenti rimasti attaccati all'area ustionata
- NON raffreddare eccessivamente il paziente, ma solo l'area ustionata
- NON usare lozioni, unguenti o creme
- NON usare garze adesive
- NON far scoppiare mai le vescicole

Cosa puoi fare:

- segui sempre la sequenza **DRS-ABCD**
- fai scorrere sull'area ustionata acqua corrente fredda (NON acqua ghiacciata) per almeno 20 minuti. Il raffreddamento di un'area estesa nei bambini può comportare il rischio di ipotermia e quindi devi prestare particolare attenzione per evitarlo
- se non è disponibile acqua fredda, puoi usare un altro liquido freddo, come una bevanda non alcolica
- rimuovi qualsiasi oggetto reso rovente dal calore, come i gioielli, in prossimità dell'area ustionata
- copri con una garza sterile se è disponibile
- in alternativa, puoi applicare strisce di pellicola trasparente sull'area ustionata, che però non devono essere avvolte intorno all'arto
- In caso di ustioni estese e gravi accertati che venga richiesto l'intervento di un medico. Molti pazienti necessiteranno di assistenza medica per attenuare il dolore
- se vi sono segni di difficoltà respiratorie segui le indicazioni riportate a pagina 26

In caso di ustioni chimiche, in particolare dovute a sostanze corrosive o a un'aggressione premeditata con una sostanza chimica sconosciuta, segui le indicazioni riportate a pagina 55.



Se una persona è avvolta dal fuoco, tenta di fermarla, farla adagiare a terra e farla ruotare sui fianchi (Figura 40).

► Figura 40 – Fermare, far adagiare a terra e far ruotare sui fianchi la vittima

Attacco con acido

Purtroppo gli attacchi con sostanze corrosive stanno diventando più frequenti. Come soccorritore, il tuo intervento immediato deve essere diretto ed efficace e può fare una grande differenza per le vittime di questo tipo di attacchi.

Se non vi sono pericoli nell'avvicinare la persona, la sequenza delle azioni è:

- Riporta** – Chiama il 118 o il 112
- Rimuovi** – Rimuovi con attenzione gli indumenti contaminati
- Risciacqua** – Risciacqua immediatamente

Quando aiuti una vittima di un attacco con acido, è fondamentale evitare di contaminarti a tua volta. Se stai rimuovendo gli indumenti, cerca di proteggerti avvolgendo le mani in sacchetti di plastica, o indossando guanti se disponibili, e non toccare nessuna parte della vittima e dei suoi indumenti che mostri evidente contaminazione.

Cosa devi fare:

- segui sempre la sequenza **DRS-ABCD**
- raffredda l'ustione, non il paziente, ma non usare ghiaccio
- tieni al caldo il paziente
- l'ideale per lavare via la sostanza corrosiva è risciacquare con acqua corrente, ma si possono usare anche altri liquidi semplici. Sarebbe meglio irrigare per almeno 20 minuti
- nel far scorrere l'acqua evita che l'acido si diffonda dall'area esposta ad altre parti del corpo

Avvelenamento o overdose intenzionale

Potrebbe capitarti di aiutare qualcuno che è stato avvelenato o è in overdose. In questa situazione, sono utili alcuni semplici consigli:

- segui sempre la sequenza **DRS-ABCD**
- se devi eseguire le ventilazioni (respirazione bocca a bocca) usa una mascherina o una protezione per il viso per proteggerti
- rassicura il paziente
- chiama il 118 o il 112 e fornisci più informazioni che puoi sul veleno
- non tentare di far vomitare il paziente ma aiutalo se capita
- tieni un campione del veleno

Morsi e punture

Morsi di animali

I morsi danneggiano i tessuti e sono un veicolo di infezione, quindi qualsiasi morso va trattato in modo da fermare l'ingresso dei germi.

Usa la sequenza **DRS-ABCD**. Il primo soccorso in caso di morsi è:

- ferma il sanguinamento (pagina 31)
- irriga la ferita con abbondante acqua
- copri la ferita con una garza sterile per prevenire un'infezione
- consiglia al paziente di rivolgersi al medico

La maggior parte dei morsi richiede una terapia antibiotica e comporta il rischio di sviluppare il tetano (o, in alcuni paesi, la rabbia), quindi è importante invitare il paziente a consultare il medico.

Morsi umani

Se il morso è da parte di una persona, oltre al rischio di infezioni batteriche c'è anche il rischio di contrarre l'epatite o il virus HIV. È essenziale che la vittima si rechi in ospedale.

Punture di insetto

Le punture di insetto possono essere dolorose ma solitamente non sono pericolose. Il dolore è spesso il primo sintomo, seguito da lieve gonfiore, arrossamento e irritazione.

A volte le punture possono indurre una reazione allergica grave, quindi è importante prestare attenzione anche a quella e, se necessario, richiedere assistenza medica urgente.

Cosa devi fare:

- se riesci a individuare il pungiglione, grattalo o raschialo via dai lati. Non usare le pinzette per cercare di estrarlo perché potresti spremere più veleno nella sede della puntura
- offri un analgesico semplice
- applica alla ferita un impacco con ghiaccio o qualcosa di freddo per ridurre il gonfiore e solleva la parte del corpo interessata
- se la puntura è nella bocca o nella gola (per es., a causa dell'ingoiamento di un insetto intrappolato nella lattina di una bibita) fai succhiare un cubetto di ghiaccio o sorseggiare acqua ghiacciata
- continua a verificare lo stato della vittima applicando la sequenza **DRS-ABCD**

Se noti qualsiasi segno di una reazione allergica grave (pagina 39) richiedi urgentemente l'intervento medico. Aiuta il paziente a usare il suo autoiniettore di adrenalina se ne possiede uno.

Morsi di serpenti

Tutti i morsi di serpente, chiari o sospetti, devono essere trattati come potenzialmente fatali e si deve richiedere assistenza medica urgente.

Non cercare di catturare il serpente

Non sempre i segni e i marchi del morso di un serpente sono visibili. I sintomi possono comparire dopo un'ora o anche più dal momento del morso. I morsi possono variare da ferite da puntura evidenti a graffi, oppure possono essere quasi invisibili.

I segni e i sintomi possono comprendere una combinazione dei seguenti:

- dolore, gonfiore, ecchimosi o lieve sanguinamento nella sede del morso (a volte in un secondo momento)
- cefalea, svenimento, capogiri
- dolore addominale, nausea e vomito
- offuscamento della vista, palpebre flaccide
- difficoltà a parlare o deglutire
- debolezza o intorpidimento degli arti
- difficoltà a respirare

Cosa fare:

- segui la sequenza **DRS-ABCD**
- richiedi un'ambulanza chiamando il 118 o il 112
- fai coricare il paziente, chiedigli di stare immobile rassicura il paziente
- ferma un eventuale sanguinamento e lava la ferita con acqua pulita
- copri il punto della morsicatura
- se la morsicatura è a un arto, applica un bendaggio stretto partendo dalle dita della mano o del piede ed estendilo verso l'alto avvolgendo tutto l'arto interessato (Figura 41)
- immobilizza l'arto bendato
- annota l'orario in cui è avvenuto il morso e in cui è stato applicato il bendaggio
- stai con il paziente fino all'arrivo del soccorso medico

NON cercare di succhiare il veleno o applicare una fascia emostatica all'arto interessato.



► Figura 41 - Bendaggio compressivo e immobilizzazione

