

MANUALE SEMPLICE DI PRIMO SOCCORSO PER IL SETTORE HORECA

Aggiornato secondo le linee guida internazionali 2015



**Formazione specifica di settore
a cura di EBT Provincia di Venezia**

Presentazione del Manuale semplice di primo soccorso

Il “Manuale semplice di primo soccorso” curato dal Dott. Roberto Montagnani, nostro medico competente, rappresenta un altro importante contributo in tema di salute e sicurezza sul lavoro.

Tema su cui da più dieci anni il nostro Ente impegna risorse materiali ed intellettuali, convinto che la cultura della sicurezza, per gli operatori del settore, sia il passo decisivo verso il miglioramento costante della qualità di vita e di lavoro nel mondo del turismo. In particolare, dopo le pubblicazioni sui temi generali della salute e sicurezza realizzate con gli amici tedeschi del BGN e oggi presenti praticamente in quasi tutte le aziende del settore della nostra provincia, questo manuale rappresenta un altro importante tassello, a disposizione degli operatori del settore.

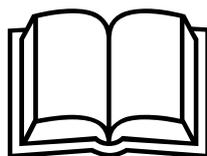
Per costruire quel mosaico di competenze e conoscenze che, in ognuno di noi, si traduce nella consapevolezza di quanto preziosa ed indispensabile sia la vita umana in ogni attività.

Il direttore EBT prov. Di Venezia

Domenico Simone

PRIMO SOCCORSO SONO I COMPORTAMENTI DI AIUTO E LA CURA INIZIALE CHE CHIUNQUE PUO' DARE IN OGNI SITUAZIONE

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL
(ERC) 2015



Questo documento è il risultato di un lavoro collettivo

Il testo è stato curato da Roberto Montagnani, medico del lavoro dell' Ente Bilaterale del Turismo Provincia di Venezia e da Giuseppe Ceretti, biologo ed esperto in primo soccorso, Venezia

la traduzione in inglese è stata rivista da Walter Franklin Alcindor, diplomato in Turismo Internazionale alle Seychelles

le vignette sono opera di Giuseppe Ceretti e Silvana Andreacchio, Venezia

L'immagine di copertina è di Nicoletta Ballarin, medico del lavoro, Dirigente dello SPISAL dell'Asl 12 di Venezia

Ringraziamo per il loro contributo al ns. lavoro Franco Osti, Direttore del Poliambulatorio Emergency di Marghera e Roberto Marra, Responsabile 118 ASL 13 Mirano (Venezia) a cui va anche il nostro sentito apprezzamento

Ringraziamo inoltre i colleghi francesi del Dipartimento per la Formazione dell'INRS, la cui brochure "Sauvetage Secourisme du Travail Guide des données techniques et conduit à tenir" è il riferimento principale di questo materiale informativo

SEZIONI

LA LEGGE	p.4
LO SVILUPPO STORICO DELLA NORMATIVA LA VALUTAZIONE DEI RISCHI	
IL COMPORTAMENTO ASSISTENZIALE DEGLI OPERATORI NON PROFESSIONALI ADDETTI AL PRIMO SOCCORSO (APS)	p.7
MINIGLOSSARIO	
I QUATTRO VERBI DEL PRIMO SOCCORSO	p.7
GLI OTTO SCENARI FONDAMENTALI	p.11
LA CATENA DEL SOCCORSO, DAL LUOGO DI LAVORO AL 118	p.34
DAL LUOGO DI LAVORO AL 118	
QUANDO E COME ATTIVARE IL 118	
CHI PUÒ AIUTARE GLI APS	
SETTORE HORECA - ALCUNE SCHEDE ESEMPLIFICATIVE	p.37

LA LEGGE

LO SVILUPPO STORICO DELLA NORMATIVA

La Legge n. 80 del 1898, la prima legge per la sicurezza sul lavoro in Italia sancì anche l'obbligo per le aziende di dotarsi di un servizio aziendale di primo soccorso.

Inizialmente la normativa prevedeva che venisse organizzato solo il primo soccorso nel caso di infortuni nelle costruzioni e nell'industria.

Nel secondo dopoguerra fu stabilito, essendosene constatata l'importanza, che doveva venire organizzato un servizio di primo soccorso anche nelle ditte/società di servizi e che doveva essere garantito un valido intervento di primo soccorso, oltreché per gli infortuni, anche per i malori anche non dovuti a cause lavorative (DPR n.303/1956).

Affinché questo servizio nelle aziende sia valido, la nostra normativa nazionale, così come quella europea, attribuisce al datore di lavoro il compito di provvedere all'addestramento di un numero sufficiente di operatori laici (lavoratori/lavoratrici in servizio che assumono la qualifica di addetti di primo soccorso, APS)

I datori lavoro hanno anche l'obbligo di stabilire i necessari collegamenti del luogo di lavoro con il servizio pubblico di emergenza sanitaria, il Servizio Sanitario di Urgenza ed Emergenza 118, istituito in Italia sin dal 1992 (questo stabilisce il Testo Unico, DLgs n. 81/2008).

La legge stabilisce inoltre che nell'organizzare il servizio di primo soccorso nei luoghi di lavoro il datore di lavoro deve tenere conto anche "delle altre eventuali persone presenti nei luoghi di lavoro"(Testo Unico, articolo 45).

Nel settore turistico la presenza di persone esterne (ospiti, visitatori, clienti) è pressoché costante e conseguentemente questo aspetto della normativa è di particolare rilievo.

L 'assistenza alle persone "esterne" si configura soprattutto come gestione delle emergenze, ad es. l'eventuale necessità di praticare la rianimazione precoce in caso di arresto cardiaco o alcuni altri interventi di emergenza per altre situazioni (manovre di disostruzione respiratoria, l'adozione della posizione laterale di sicurezza per le vittime non coscienti e non gravemente traumatizzate in attesa del soccorso specializzato ecc.).

Un'altra cosa importante da sapere è che in molti anni di applicazione della normativa per il primo soccorso nelle aziende non ci sono mai stati casi di "coinvolgimento penale o civile "di APS.

I pubblici ministeri e i giudici dei tribunali del lavoro hanno evidentemente sempre tenuto presente " chi sono" gli APS: dei lavoratori che, a seguito di nomina da parte del loro

datore di lavoro, prestano il loro servizio a titolo gratuito per aiutare i loro colleghi o le persone che accedono all'ambiente di lavoro quando eventi di rilievo sanitario lo richiedano.

Eventuali responsabilità dell'APS per negligenza, imperizia o imprudenza sono ipotizzabili solo in seguito all'omissione di soccorso o quando l'addetto attua manovre sulle quali non è stato formato. Possiamo fare l'esempio dei lacci emostatici per le emorragie: se non si è ricevuto un addestramento specifico (e nei corsi di formazione questo addestramento non viene pressoché mai fatto), non vanno utilizzati.

Nei corsi si insegna che l'APS non deve somministrare farmaci ed anche questa regola deve essere rispettata.

Per fare gli APS ci vuole l'idoneità fisica ad effettuare in sicurezza gli interventi: le compressioni toraciche nella rianimazione, le manovre di ostruzione nel caso di corpi estranei nelle vie aeree ecc. richiedono una buona efficienza cardiorespiratoria e dello apparato locomotore nel suo insieme.

Essendo un'attività di assistenza a persone che stanno male, svolgere il ruolo di APS richiede comunque soprattutto un forte equilibrio dal punto di vista emotivo e psicologico e la "capacità di riuscire a sentire cosa un'altra persona sta provando",¹ voglia di aiutare e partecipazione emotiva. Questo è un requisito molto importante per svolgere bene questo ruolo.

LA VALUTAZIONE DEI RISCHI

Anche per l'organizzazione del primo soccorso, come per molti altri aspetti della prevenzione/protezione nei luoghi di lavoro, è importante valutare bene i rischi che sono presenti. Valutando bene i rischi, il datore di lavoro, con la collaborazione del medico competente, se nominato, può stabilire cosa è necessario fare per predisporre e mantenere un valido servizio aziendale di primo soccorso. Possono "aiutare" domande di questo tipo²:

- Quali sono le tipologie di infortunio più frequenti nel nostro luogo di lavoro ?
- Quali incidenti sono accaduti a lavoratori, ospiti clienti, visitatori?

¹ Si parla qui dell'empatia... la definizione di empatia qui riportata è ripresa da Lancet Neurology, vol 12, aprile 2013

pag. 336

² Abbiamo fatto riferimento per questa sezione a un documento dell'Health Safety Executive HSE First aid at work Draft 2013

<http://www.hse.gov.uk/aboutus/meetings/hseboard/2013/270213/annex-2-draft-first-aid-at-work.pdf>

- Quali sono le tipologie degli infortuni più gravi ?
- Il lavoro comporta rischi particolari, come ambienti con difficile accesso (postazioni in quota) o in cui l'accesso è consentito solo indossando dispositivi di protezione personale (atmosfera pericolose, elevati livelli di rumore)?
- Quante sono le persone impegnate nel lavoro e qual è la loro distribuzione per età?³
- Ci sono esterni (clienti, visitatori, ospiti) che accedono alle sedi di lavoro e se sì quale è generalmente il loro numero?
- Ci sono dipendenti che fanno turni di lavoro serali/ notturni o servizi fuori orario, in reperibilità?
- Ci sono persone inesperte e/o dipendenti con disabilità o con particolari problemi di salute?
- Lo staff include lavoratori che debbono viaggiare molto, lavorare in località remote o lavorare da soli?

³ Come sappiamo all'aumentare dell'età, la frequenza dei problemi di salute tende ad aumentare .

IL COMPORTAMENTO ASSISTENZIALE DEGLI OPERATORI NON PROFESSIONALI ADDETTI AL PRIMO SOCCORSO (APS) NEL CASO DI INFORTUNI E DI MALORI.

Cominciamo questa sezione con un miniglossario, alcune definizioni utili per capire meglio questa nostra trattazione.

INFORTUNIO: evento negativo improvviso che ha provocato lesioni a persone; c'è una causa violenta (un trauma , generalmente di tipo fisico , ma anche psicologico⁴) e si realizza in un arco di tempo molto ristretto. ...

MALORE: venir meno dello stato di benessere in un intervallo di tempo non necessariamente breve.

EMERGENZA si ha quando sono gravemente compromessi uno o più parametri vitali – Coscienza –Respiro – Circolazione e la vittima è in imminente pericolo per la sua vita e si richiede quindi un intervento immediato.

URGENZA si ha quando viene percepita una condizione di gravità, anche se la coscienza , il respiro e l'attività cardiaca non sono gravemente compromessi (es. dolore acuto al petto, copiosa emorragia, improvviso forte mal di testa, comparsa di una improvvisa limitazione dei movimenti di un arto ecc.).

PERCEZIONE DI GRAVITÀ è quello che caratterizza sia l'emergenza che l'urgenza: noi capiamo che siamo di fronte a situazioni gravi o che possono essere tali e dobbiamo attivare la catena del soccorso, chiamare il 118.

SINTOMO: quello che la vittima sente, i disturbi/dolori/ alterazioni ecc. che la vittima avverte.

SEGNO: quello che noi possiamo vedere con la nostra osservazione della vittima (pallore, stato di agitazione, improvvisa difficoltà a camminare ecc.).

I QUATTRO VERBI DEL PRIMO SOCCORSO

Il primo soccorso è una parte del piano di emergenza che nelle aziende/società di tutti i settori deve essere costantemente mantenuto "pronto per l'applicazione" quando le circostanze lo richiedano; le aziende/enti/società del settore Horeca hanno spesso una specifica procedura scritta che regola anche l'attività di primo soccorso nel contesto specifico un cui essa deve svolgersi; quale che sia questo contesto, ci sono sempre alcune fasi successive.

⁴ Trauma psicologico: un evento emotivamente sconvolgente, aggressioni, rapine, altri eventi che possono sconvolgere improvvisamente e gravemente il nostro benessere mentale.

L'Istituto Nazionale per la ricerca e la sicurezza francese (INRS) le ha ricondotte ad uno schema applicativo che ha come parole chiave quattro verbi:

PROTEGGERE/PROTEGGERSI-ESAMINARE-ALLERTARE-SOCCORRERE⁵

Noi abbiamo ritenuto opportuno tenere come riferimento questo schema

1.PROTEGGERE/PROTEGGERSI

La prima fase è quella della protezione, perché se non sono garantite le condizioni di sicurezza degli interventi ("la sicurezza della scena"), se ci possono essere gravi rischi. per l'incolumità (incendio, esplosione, rischio elettrico,crolli, atmosfere pericolose) non si deve intervenire;bisogna solo allertare i servizi preposti agli interventi di Protezione Civile per il tramite dei responsabili aziendali (datore di lavoro o suoi delegati).

Non si procede mai ad esaminare se la sicurezza ambientale non è garantita.

In casi eccezionali può essere necessario l'allontanamento in emergenza di una o più vittime: è una manovra a cui ricorrere solo per sottrarre le persone ad un pericolo per la vita immediato e non altrimenti controllabile.

Allontanamento d'emergenza

Prima di procedere all'allontanamento di una persona da un'area pericolosa, occorre valutare bene sia il percorso che si deve fare prima di raggiungere una zona sicura, sia il peso e le condizioni della vittima (cammina/non può camminare), considerando l'opportunità di farsi aiutare.

L'allontanamento viene fatto con la persona in posizione supina, idealmente posta sopra ad un cappotto, camice, tappeto, ecc., che sarà trascinato fino alla zona sicura. In assenza di supporti utili, la vittima deve essere spostata trascinandola per i piedi o se ci sono lesioni agli arti inferiori, tirandola per le spalle. Comunque avvenga l'allontanamento, la zona di presa deve essere sollevata solo di pochi centimetri da terra.

E' importante considerare sia il peso della persona da spostare che il tragitto da percorrere, valutando l'eventualità di farsi aiutare.

2. ESAMINARE

Se la sicurezza della scena è garantita, si può esaminare.

Si tratta di capire che cosa c'è da fare, che tipo di problema sanitario ci si trova a dover contrastare, capire come dare la migliore prima assistenza ed evitare aggravamenti.

⁵INRS Guida di dati tecnici e condotta da seguire per il primo soccorso Sauvetage Secourisme du Travail
<http://www.inrs.fr/dms/inrs/PDF/guide-technique-sst.pdf>

Esaminare vuol dire anche raccogliere tempestivamente le informazioni che servono, chiedere, ascoltare, osservare

- per capire al meglio possibile la gravità delle situazioni
- per adottare le modalità di intervento immediato più adeguate
- per trasmettere agli operatori professionali del 118 le informazioni necessarie per organizzare gli interventi specializzati

3 ALLERTARE

Un aspetto fondamentale dell'organizzazione del soccorso aziendale è proprio garantire la tempestività e l'adeguatezza degli interventi specializzati; quando gli APS hanno la consapevolezza che si è di fronte a una situazione grave; quando si ha cioè la percezione di gravità, sia che si tratti di un infortunio che di un malore, allora il primo mezzo a cui ricorrere è il telefono. La larga disponibilità di telefoni portatili ha reso ancora più facile il collegamento con il 118, il cui servizio è h24 su tutto il territorio nazionale.

per ogni chiamata, l'operatore del 118 segue un protocollo interno che prevede una serie di domande per riconoscere immediatamente i casi più gravi.

Chi chiama deve quindi

- Mantenere la calma
- Lasciarsi guidare dall'operatore del 118
- Rispondere chiaramente alle sue domande
- Mantenere la linea fino a quando viene richiesto

Per fare bene la chiamata possiamo seguire questo schema:

- Nome e cognome della persona che chiama ed indirizzo del luogo da dove si chiama (Ditta o casa: via, numero civico ed eventuale interno). Qualora esistano diverse possibilità d'accesso (come nei siti di lavoro molto estesi), fornire l'accesso più vicino al punto d'intervento, tenendo conto di eventuali sensi unici.
 - Descrizione di quanto successo: numero delle persone interessate e loro condizioni (con particolare riferimento allo stato di coscienza, alla presenza di respirazione efficace e di eventuali sintomi/segni importanti)
 - Eventuali condizioni particolari che possano richiedere l'intervento di altri Servizi Pubblici (principio d'incendio, atti di violenza ecc.)
 - Le manovre/interventi praticati dall'Addetto (o dagli Addetti) al Primo Soccorso
- Il numero telefonico da cui si chiama (non bisogna effettuare altre chiamate con questo numero fino all'arrivo dei soccorsi!)

Riagganciare solo dopo l'assenso del personale del 118

Dato che nei casi più gravi, che richiedono un rapido intervento dell'Addetto al Primo Soccorso, la chiamata viene fatta fare da persone presenti sul luogo dell'evento emergenziale, è bene che le informazioni sopra riportate vengano messe a conoscenza di tutti i lavoratori, con brevi riunioni o con cartellonistica appropriata (cfr sotto).
E' anche importante conoscere a priori i tempi medi d'arrivo dei mezzi (tempi morti).
Questo dato risulta fondamentale per la gestione dei casi più gravi, come ad esempio l'arresto cardiaco.

LA CHIAMATA DI SOCCORSO AL 118 ⁶

<i>Dove?</i> Indicare il luogo dell'incidente	<i>Quali?</i> lesioni o disturbi
<i>Cosa?</i> è successo e quando	<i>Chi?</i> chiede aiuto (nome), dove (luogo), possibilità di richiamata da parte dei soccorritori (telefono)
<i>Quanti?</i> sono i feriti	



**CHIAMATA
DI SOCCORSO**

⁶ Questo schema per la chiamata è proposto dal Soccorso Alpino e Speleologico dell'Alto Adige
<http://www.soccorsoalpino.org/it/sicurezza/>

4. SOCCORRERE

Ci sono casi in cui l'intervento degli addetti di primo soccorso, già molto importante nell'attivare il servizio pubblico di emergenza sanitaria 118, può rendersi ancor più efficace con azioni dirette di soccorso, anche senza la dotazione di mezzi e strumentazioni particolari, che gli APS non hanno:

- il massaggio cardiaco nell'arresto cardiorespiratorio
- l'apertura delle vie aeree (cfr. seguito), per le vittime in stato di incoscienza
- la disostruzione respiratoria nel caso di corpi estranei che chiudono le vie aeree
- la compressione diretta sulle zone corporee con gravi emorragie.

GLI OTTO SCENARI

Nella guida dei medici francesi dell'INRS le diverse situazioni in cui può venir richiesto l'intervento assistenziale degli APS sono ricondotte ad otto scenari⁷. Abbiamo preso questa loro classificazione come nostro riferimento e la riportiamo qui di seguito per esteso; ci è sembrata particolarmente valida, semplice e chiara⁸.



⁷ **N.B.** Questi scenari possono concomitare (es. la vittima sanguina copiosamente e allo stesso tempo ha un dolore che impedisce alcuni movimenti) o evolvere uno nell'altro (es. la vittima si sta soffocando → La vittima non risponde e non respira, cfr seguito).

SCENARIO 1. LA VITTIMA NON RISPONDE MA RESPIRA



ACCERTARE CHE LA VITTIMA E' INCOSCIENTE E CAPIRE SE RESPIRA O NO

Per una vittima esanime bisogna provvedere al controllo immediato di queste funzioni:

- lo stato di coscienza
- l'attività respiratoria

Perdita dello stato di coscienza significa che la vittima è immobile, non risponde alla stimolazione verbale, né alla stimolazione fisica.

Lo stato di incoscienza può verificarsi improvvisamente o anche determinarsi gradualmente.

Quando abbiamo accertato lo stato di incoscienza della persona che stiamo assistendo e rileviamo la presenza del respiro sappiamo che non è necessario intervenire con la rianimazione.

Tuttavia lo stato di incoscienza è una condizione di assoluta gravità, che ci richiede di attivare l'emergenza sanitaria 118 di essere pronti a fare quello che gli esperti dell'emergenza sanitaria ci chiederanno di fare

Se lo stato di incoscienza non si risolve pressoché immediatamente, come avviene nello svenimento (pag. 38), la lingua cade verso il basso e le vie aeree possono essere ostruite ; in questo caso, le vie respiratorie devono essere aperte (manovra di apertura delle vie aeree).

Se lo stato di incoscienza perdura, la pervietà delle vie aeree va mantenuta mettendo con delicatezza la vittima su un fianco (posizione laterale di sicurezza), **se non c'è l'evidenza o il sospetto di traumi del collo, della schiena , delle anche o del bacino.**

LE PROCEDURE D'INTERVENTO

L'evento da scongiurare in una persona incosciente, ma dotata di respirazione efficace, è l'ostruzione delle vie respiratorie, causata, se la vittima è in posizione supina, principalmente dalla caduta all'indietro della lingua o dall'eventuale presenza di essudati o vomito (la posizione prona permette invece il passaggio di aria nelle vie respiratorie). Tra le cause della perdita di coscienza figurano anche i traumi (cadute dall'alto ecc.) che potrebbero aver lesionato la colonna vertebrale o il cranio. Se al momento dell'intervento la vittima è già stata trovata stesa a terra ed incosciente, l'intervento dell'APS risulta pesantemente condizionato da questo rischio: possono essere d'aiuto l'attenta valutazione della scena ed i consigli forniti dal personale del 118 durante la chiamata d'allertamento.

IL CONTROLLO DELLO STATO DI COSCIENZA E DELLA RESPIRAZIONE

La valutazione dello stato di coscienza viene fatta chiamando la persona ad alta voce, comprimendo nel contempo i muscoli laterali del collo. Durante questa manovra si cerca anche di valutare la presenza di una respirazione efficace, osservando in particolare i possibili movimenti del torace e/o dell'addome, ascoltando i rumori causati dalla presenza di respirazione e sentendo sul nostro viso l'eventuale flusso d'aria in uscita dal naso o dalla bocca (fase G.A.S: Guardo, Ascolto, Sento). Se entro il tempo massimo di 10 secondi non siamo in grado di valutare la presenza della respirazione, bisogna comportarsi come nel caso di una persona che non respira, girando la vittima in posizione supina (se non è già in questa posizione) ed iniziando la rianimazione.

Eventuali contrazioni muscolari di tipo spastico o rantoli, spesso associati ai primi momenti di arresto cardiaco, non devono fuorviare, bisogna comunque intervenire subito con la rianimazione.

ATTENZIONE ! Non appena si accerta lo stato di incoscienza, va subito fatto chiamare il 118!

PERSONA DIVENUTA INCOSCIENTE IN SEGUITO AL PEGGIORAMENTO DELLE SUE CONDIZIONI

Se la vittima è diventata incosciente in seguito al peggioramento delle sue condizioni, l'APS fa assumere alla vittima la posizione laterale di sicurezza (cfr. sotto). Se la vittima non lamentava dolori al collo, alla schiena, alle anche o al bacino prima di diventare incosciente, il rischio di lesioni alla colonna vertebrale è molto limitato.

Allertati i soccorsi, la vittima posta in posizione laterale di sicurezza va coperta (utile il telo isotermico, con la parte argentata verso la vittima) e continuamente monitorata per la respirazione ogni 2 minuti, fino all'arrivo dei soccorsi. Se la respirazione cessa, la persona viene messa in posizione supina per cominciare la rianimazione. Il 118, già allertato per lo stato di incoscienza della vittima, andrà ora avvisato del peggioramento delle sue condizioni.

LA POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA

Occorre tenere sempre presente che la vittima non è collaborativa, per cui anche lo spostamento di una persona di corporatura esile potrebbe causare strappi muscolari od altre lesioni al soccorritore. Valutare sempre la possibilità di farsi aiutare.

Se una persona incosciente, ma in grado di respirare, si trova in posizione supina e non si sospettano lesioni della colonna vertebrale, è possibile girarla sul fianco sinistro (il lato da preferire) nel seguente modo:

- il soccorritore si mette inginocchiato vicino al fianco sinistro della vittima, all'altezza dell'addome
- estende il braccio della vittima più vicino a sé di 90 gradi rispetto al suo corpo
- alza il ginocchio della gamba più lontana rispetto a sé, facendo appoggiare bene il piede a terra
- alza poi l'altro braccio della vittima, facendole appoggiare il dorso della mano al di sotto della guancia opposta
- tenendo in posizione il braccio destro della vittima con la propria mano, il soccorritore afferra il ginocchio alzato e gira la vittima verso di sé , facendola ruotare sul suo fianco sinistro
- stabilizza infine la posizione appoggiando a terra il ginocchio della vittima e posizionando la testa con il mento rivolto verso il basso e la bocca leggermente aperta. (Apertura delle vie aeree: una mano del soccorritore appoggiata sulla fronte della vittima, l'altra sotto al mento. Spostare delicatamente la testa all'indietro e alzando il mento e poi aprire la bocca).
- può risultare utile mettere qualcosa sotto la bocca della vittima (un telo, un sacchetto di plastica, un fazzoletto ecc.) per permettere il facile allontanamento di saliva, liquidi o vomito che potrebbero fuoriuscire dalla bocca.

Se i tempi di arrivo dei soccorsi avanzati sono lunghi, dopo mezz'ora la vittima va girata sull'altro fianco, portandola prima in posizione supina e rigirandola poi sull'altro lato.

Nel passaggio verso la posizione supina, mantenere una mano sotto alla nuca per evitare che questa possa andare ad urtare per terra.

La posizione laterale di sicurezza si utilizza anche alla fine delle convulsioni epilettiche e ogni qual volta ci si debba forzatamente allontanare da una vittima in condizioni precarie (se non si sospettano traumi del collo, della schiena, delle anche o del bacino).

Rischio elevato di danni alla colonna vertebrale

Nelle persone già incoscienti al momento dell'intervento o che prima di diventarlo lamentavano dolori alla schiena, al collo, al bacino o insensibilità agli arti e/o un evidente stato confusionale, è lecito sospettare, in via precauzionale, un trauma alla colonna vertebrale.

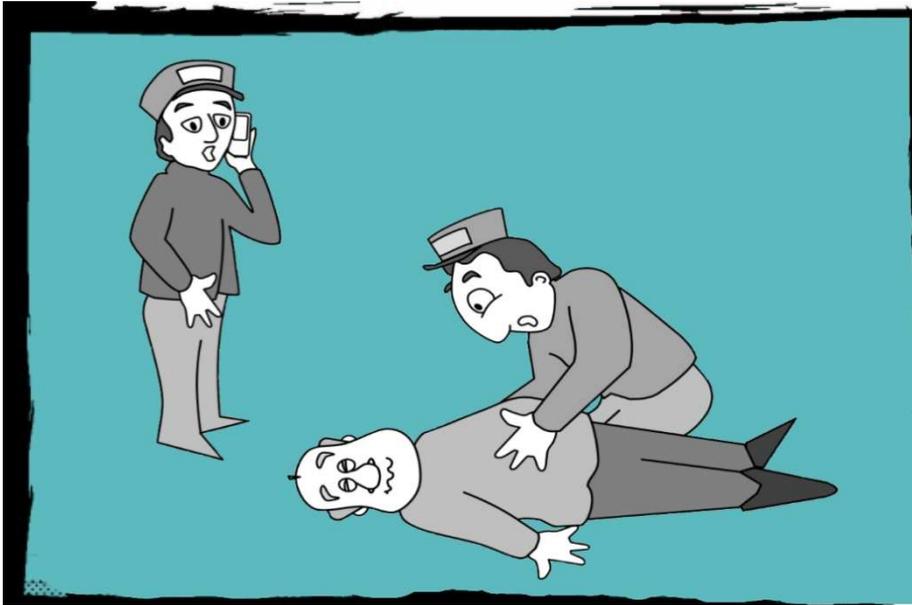
La valutazione della scena dell'incidente, le informazioni raccolte da persone eventualmente presenti al momento del fatto o fornite più o meno chiaramente dalla stessa vittima prima di diventare incosciente, aiutano a confermare questo sospetto.

Lo spostamento in posizione laterale di una vittima in queste situazioni la espone a gravi rischi, perché frammenti di ossa vertebrali fratturate possono ledere il midollo spinale.

Risulta in questi casi fondamentale la consulenza del 118 circa le procedure da seguire.

Gli operatori del 118 potranno suggerire di fare con la necessaria cautela la manovra di sola apertura delle vie aeree: il soccorritore si mette dietro al capo della vittima, con i gomiti a terra. Appoggia le mani ai lati della nuca e lentamente e delicatamente, evitando movimenti laterali della testa della vittima, porta il suo mento verso l'alto.

SCENARIO 2. LA VITTIMA NON RISPONDE E NON RESPIRA



Alla valutazione dello stato di coscienza segue immediatamente la valutazione del respiro; deve sempre essere un intervento molto rapido, per non perdere tempo prezioso! Se la vittima è incosciente e non respira, allora è in arresto cardiaco.

Attenzione! Nei primi minuti dopo un arresto cardiaco, possono venire dalle vie respiratorie della vittima dei rumori, anche forti, che non corrispondono ad atti respiratori (sono detti rantoli). Questi rumori non devono in nessun modo ritardare l'attuazione della rianimazione. L'arresto cardiaco improvviso si verifica soprattutto a causa di malattie cardiache e in molti casi è una complicazione dell'infarto.

Anche all'arresto del respiro per ostruzione delle vie aeree da corpi estranei, da annegamento⁹ per edema della laringe per gravi reazioni allergiche, oppure per una grave carenza di ossigeno nell'aria ambiente, fa seguito l'arresto cardiaco.

Quali che ne siano le possibili cause, di fronte ad un arresto cardiaco bisogna allertare subito il 118 e ritardare i danni cerebrali da mancanza di ossigeno praticando sempre, **al più presto !** il massaggio cardiaco.

⁹ **N.B.** Nel caso di arresto da cause asfittiche (mancanza di ossigeno), come nell'overdose da oppiacei, di arresto cardiaco in bambini (nei quali l'asfissia è la principale causa di arresto cardiaco) è particolarmente utile associare alle compressioni le ventilazioni di soccorso; nella rianimazione dopo annegamento, le ventilazioni di soccorso sono il primo intervento da fare (5 ventilazioni); poi segue il ciclo ordinario (30 compressioni, 2 ventilazioni di soccorso).

Anche le linee guida 2015 indicano la necessità che alle compressioni (30) seguano, se il soccorritore è in grado di praticarle, 2 ventilazioni di soccorso, ognuna della durata di un secondo. Bisogna fare in modo che le ventilazioni non interrompano il ritmo delle compressioni toraciche per più di 10 secondi.

La nostra esperienza è che anche negli ambienti di lavoro del settore Horeca le ventilazioni di soccorso costituiscono un problema, diversi addetti al primo soccorso non se la sentono di farle. Un dispositivo di protezione del soccorritore sicuro affidabile e facile da usare è costituito dal cosiddetto fazzoletto di ventilazione (Life Aid); molti servizi 118 lo utilizzano anche nell'addestramento.

Secondo noi questi fazzoletti sono più adatti ai nostri ambienti di lavoro che non le maschere di ventilazione portatili (le cosiddette Pocket Mask), che si devono estrarre dal loro guscio protettivo, espandere e poi posizionare.

Negli ambienti di lavoro dove sono occupate molte persone e in quelli ad alta frequentazione è opportuno organizzare anche l'impiego del defibrillatore semiautomatico. Il Defibrillatore (semi) Automatico Esterno (Dae) è un dispositivo che guida l'operatore nell'eventuale erogazione dello shock elettrico.

Questo strumento, una volta acceso, guida vocalmente il soccorritore durante tutte le fasi di applicazione degli elettrodi, valutazione del ritmo ed eventuale scarica, avvisando quando interrompere momentaneamente le compressioni.

Spesso è presente anche una guida vocale selezionabile che aiuta il soccorritore a ricordare le procedure per una corretta rianimazione "solo con le mani".

In Italia l'uso del Defibrillatore (DAE) è consentito anche a personale non sanitario addestrato, munito di patentino rilasciato dal 118 ed altri enti autorizzati.

Le manovre di rianimazione

Mai come in questo scenario il tempo è tiranno: se non si interviene, già dopo pochi minuti iniziano i primi danni al cervello, che diventano irreversibili dopo circa 10 minuti. L'intervento deve essere quindi immediato ed ininterrotto, fino all'arrivo del soccorso avanzato (118 o personale formato nell'uso del defibrillatore), allo sfinimento del soccorritore o alla eventuale recupero della vittima. La presenza di un secondo soccorritore che conosce le manovre, con il quale intercambiarsi, è un'opportunità molto favorevole perché permette di allungare i tempi di rianimazione efficace. Se la rianimazione ha successo e la vittima si riprende, bisogna farle assumere la posizione laterale di sicurezza.

IL CONTROLLO DELLO STATO DI COSCIENZA E DELLA RESPIRAZIONE

Il controllo viene effettuato nei tempi e secondo le procedure descritte nello scenario precedente. In assenza di coscienza e respirazione vanno subito fatti allertare i soccorsi avanzati e la vittima deve essere messa a terra, in posizione supina.

LA POSIZIONE SUPINA

Il soccorritore si mette a fianco della vittima, estende verso l'alto il braccio più vicino a lui. Afferrando la persona per la spalla e l'anca più lontane, gira verso di sé la vittima, facendola ruotare sul lato. Nella fase discendente, accompagna la testa della vittima con la mano, per evitare che la testa della vittima possa urtare contro il pavimento.

Dopo aver messo la persona in posizione supina, braccia e gambe vanno allineate.

COMPRESSIONI TORACICHE ADULTI E BAMBINI (PIÙ DI UN ANNO)

- Mettersi in ginocchio a lato della vittima ed appoggiare il palmo di una mano al centro dello sterno
- sovrapporre poi l'altra mano, intrecciando le dita, in modo da aver a contatto con lo sterno solo la base del polso mentre i palmi e le dita restano leggermente sollevati per non esercitare eccessiva pressione sulle costole
- le braccia del soccorritore devono essere tese e perpendicolari rispetto alla vittima, le sue spalle devono essere al di sopra dello sterno, la schiena dritta e rigida, le ginocchia allargate
- comprimere fortemente lo sterno spingendolo verso il basso per 5-6 cm, con una frequenza compresa tra 100 e 120 compressioni/minuto. Compressione e rilasciamento devono avere la stessa durata
- le compressioni non devono essere mai interrotte e devono continuare anche nella fase di applicazione delle placche del defibrillatore e durante la carica dello strumento prima dell'eventuale scarica.

COMPRESSIONI TORACICHE NEI LATTANTI (MENO DI UN ANNO)

- Le compressioni vengono effettuate solo con tre dita, appoggiandole al centro dello sterno
- la frequenza delle compressioni è anche in questo caso compresa tra 100 e 120 al minuto, la profondità deve essere di circa 4 cm.

SCENARIO 3. LA VITTIMA SI STA SOFFOCANDO



Questi casi si verificano quando le persone mangiano e qualcosa va loro di traverso; spesso succede con la carne od il pollo, ma anche altri alimenti od oggetti possono causare soffocamento, soprattutto nei bambini, che mettono in bocca molte cose. Per gli anziani, causa di ostruzione delle vie aeree possono essere anche delle protesi dentarie.

Se la vittima parla e respira normalmente, il corpo estraneo non è nelle vie respiratorie, non vi è quindi una situazione di emergenza ; bisognerà far bere dell'acqua e solo verificare che non ci siano sintomi da lesioni nelle prime vie digestive (bruciore, dolore in gola o dietro lo sterno).

Se il corpo estraneo è nelle vie respiratorie, la vittima tossisce e finché tossisce bisogna solo incoraggiarla a continuare; non bisogna fare alcuna manovra!

Se la vittima smette di tossire senza che il corpo estraneo sia venuto all'esterno, non è più in grado di parlare e respira con difficoltà (le labbra possono diventare violacee), allora è necessario intervenire con le manovre di disostruzione respiratoria

LE MANOVRE DI DISOSTRUZIONE NELL'ADULTO

Nei primi momenti, quando la vittima è ancora in grado di tossire, il soccorritore si limita a mettersi di fianco alla persona, invitandola ad inclinarsi in avanti ed a tossire, osservandone il volto per vedere se compaiano i segni dell' ostruzione totale delle vie aeree (respiro molto difficoltoso, labbra violacee).

Solo in quest'ultimo caso interviene con una sequenza di 5 colpi interscapolari seguiti da 5 compressioni addominali o toraciche, osservando ogni volta se la vittima è riuscita a sputare l'oggetto che ha causato l'ostruzione. Le manovre continuano fino a disostruzione avvenuta, alla perdita di coscienza della vittima o all'arrivo del soccorso specializzato (118).

Attenzione, gravità: se l'ostruzione respiratoria persiste nonostante i nostri tentativi la persona può perdere coscienza in pochi minuti e può verificarsi un arresto cardiaco.

I COLPI INTERSCAPOLARI

Vanno dati con il palmo della mano aperto, i colpi vanno dati facendo uscire la mano verso l'esterno per evitare di colpire accidentalmente la testa della vittima.

ATTENZIONE, GRAVITÀ: se l'ostruzione respiratoria persiste nonostante i nostri tentativi, la persona può perdere coscienza in pochi minuti e può verificarsi un arresto cardiaco.

Allertare ! chiamare o far chiamare sempre il 118 prima di procedere alle manovre di disostruzione!

LE COMPRESSIONI ADDOMINALI

Mettendosi dietro la persona in ostruzione, il soccorritore fa passare le proprie braccia al di sotto di quelle della vittima ed appoggia il pugno di una mano poco al di sopra dell'ombelico. Per evitare danni agli organi interni, il pollice deve restare chiuso all'interno del pugno; cinge poi il pugno con l'altra mano. Mantenendo la propria testa lateralmente al corpo della vittima (sia per vedere se la persona sputa l'oggetto e sia per evitare il rischio di fratture del suo naso causate da movimenti della nuca della vittima), effettua delle vigorose pressioni sull'addome, comprimendo verso l'interno e verso l'alto (manovra "a cucchiaio").

Se le manovre di disostruzioni hanno effetto, occorre consigliare alla vittima una visita medica, sia per valutare se l'oggetto non si sia solo spostato, e quindi sia ancora presente nelle vie respiratorie, sia per valutare eventuali danni agli organi interni.

Se la vittima è fortemente obesa o è una donna incinta, il punto di compressione viene spostato dall'addome al centro dello sterno; si effettuano quindi compressioni toraciche.

LE MANOVRE DI DISOSTRUZIONE NEI BAMBINI E NEI NEONATI (LATTANTI).

Anche nei bambini e nei neonati (meno di un anno), e' raccomandato di associare alla manovra di Heimlich le pacche interscapolari; si alternano anche in questo caso le pacche interscapolari e la manovra di Heimlich. Anche nel piccolo l'ostruzione si manifesta con difficoltà a respirare e improvvisa impossibilità di tossire e di emettere la voce; il piccolo può sbarrare gli occhi e portare le mani alla gola e al petto.

IL SOFFOCAMENTO NEI BAMBINI

Se il bambino non tossisce più e non emette la voce bisogna chiamare subito il 118; poi dobbiamo appoggiarlo sulle nostre gambe a pancia in giù e dare le cinque pacche sul dorso, tra le scapole con il palmo della mano: la forte vibrazione può far espellere il corpo estraneo permettendo così al piccolo di respirare.

Se questa manovra non ha successo, si deve praticare la manovra di Heimlich; se l'altezza del bambino lo richiede, sarà necessario, per fare bene la manovra, mettersi in ginocchio. Le linee guida europee, anche per il 2015, danno l'indicazione di continuare ad alternare pacche e compressioni fino a quando il bambino non riprenda a tossire, alla perdita di coscienza della vittima o all'arrivo del soccorso specializzato (118).

IL SOFFOCAMENTO NEI NEONATI (LATTANTI)

Se il neonato non tossisce più e non emette più la voce, chiamiamo o facciamo chiamare il 118; appoggiamo il piccolo sulle nostre cosce a pancia in giù, con la testa più in basso rispetto al busto e diamo 5 pacche sul dorso, tra le scapole con il palmo della mano; se la manovra non ha successo, si gira il neonato, lo si mette a pancia in su e si effettuano 5 compressioni toraciche di un secondo ciascuna, utilizzando due sole dita, premute al centro del torace.



Anche in questo caso si alternano pacche e compressioni fino a quando il neonato non riprenda a tossire oppure non arrivi il personale 118.

PEGGIORAMENTO DELLE CONDIZIONI DELLA VITTIMA

Se le manovre di disostruzione non hanno esito, il blocco delle vie respiratorie causa l'arresto cardiaco. In questo caso la vittima va distesa supina, va immediatamente informato il 118 del peggioramento avvenuto e deve essere iniziata subito la rianimazione con il massaggio cardiaco (vittima incosciente che non respira).

SCENARIO 4 LA VITTIMA HA UN MALORE



Nel caso di un malore bisogna soprattutto evitare l'aggravamento ed ottenere prontamente quando necessario un soccorso sanitario qualificato. Nello schema predisposto dall'INRS, il malore è contrassegnato da un punto interrogativo. In molti casi di malore in effetti non è facile per un operatore non professionale, e talora nemmeno per dei professionisti, avere una chiara percezione della gravità delle condizioni di salute della persona a cui stiamo dando assistenza e conseguentemente del tipo d' intervento più adeguato.

Possono essere d'aiuto domande del tipo:

Che cosa ti è successo ? Senti dolore? Dove senti dolore ? Tenendo da parte il dolore, hai altri disturbi ? Stai facendo delle terapie ? Nei giorni precedenti avevi già dei disturbi?

Quali? Sei stato recentemente ricoverato? Si farà una rapida verifica per vedere se sono presenti

UNO O PIÙ DEI SEGUENTI SINTOMI:

- dolore intenso al petto;
- dolore addominale intenso;
- una improvvisa sensazione di freddo
- una diminuzione o perdita improvvisa della visione, unilaterale o bilaterale;

OPPURE UNO O PIÙ DEI SEGUENTI SEGNI:

- grave difficoltà a respirare
- sudorazione abbondante, senza sforzo e senza forte calore
- perdita/alterazione dello stato di coscienza
- una debolezza o un'improvvisa paralisi unilaterale o bilaterale della faccia, di un braccio o di una gamba;
- una improvvisa difficoltà nell'articolazione del linguaggio o nella comprensione del linguaggio;
- un improvviso, insolito e forte mal di testa
- una improvvisa perdita dell'equilibrio con instabilità della marcia o con delle cadute inspiegabili
- un improvviso pallore (se la vittima ha la pelle scura o è una persona di colore, il pallore può essere apprezzato sul lato interno delle labbra).

Si tratta di stabilire sostanzialmente se sia necessario o meno allertare i servizi specializzati oppure se si può gestire il caso sul posto di lavoro, magari con il contatto tra la persona e il suo medico di fiducia; si potrà limitarsi quindi a soccorrere, magari anche solo offrendo la propria collaborazione a quanto può fare la vittima stessa e tenendo la vittima nella posizione più adatta. I telefonini possono essere di grande aiuto in molte situazioni: la vittima potrà parlare con il suo medico di famiglia e ricevere indicazioni pertinenti.

Comunque se ci sono sintomi/segni allarmanti (percezione di gravità)¹⁰ l'APS provvederà sempre ad allertare il 118.

LE PROCEDURE D'INTERVENTO

In attesa dell'intervento medico specializzato del 118, l'APS farà assumere alla vittima una posizione tale da diminuire per quanto possibile il malessere.

POSIZIONE SEMISEDUTA: facilita la respirazione e lenisce i dolori al petto. Si ottiene facendo sedere a terra la vittima, posizionandole dietro la schiena un sostegno (ad es. una sedia rovesciata o sostenendola da dietro con il nostro corpo) in modo da mantenere la persona semisdraiata, con un'angolazione di circa 45°.

¹⁰ Cfr. pag. 7

POSIZIONE SUPINA A GAMBE FLESSE: permette il rilassamento dei muscoli addominali.

La vittima viene fatta sdraiare a terra: le gambe sono flesse, con le ginocchia tenute alzate posizionando al di sotto un supporto (ad es. una coperta o un cappotto arrotolato), permettendo ai piedi di appoggiare bene sul pavimento.

POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA: precedentemente descritta, è utile anche quando dobbiamo forzatamente allontanarci da una vittima in condizioni precarie.

Il soccorritore manterrà poi sulla persona un'attenta vigilanza, in particolare per quei segni che possono indicare un più o meno rapido peggioramento della situazione:

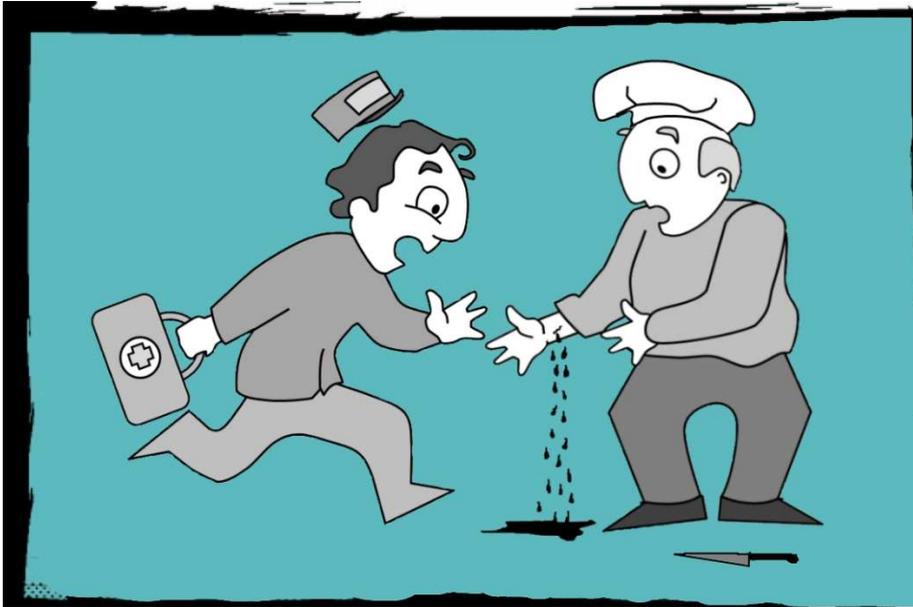
- aggravamento del dolore toracico acuto;
- aggravamento della cefalea;
- sudorazione fredda senza causa apparente, che continua ;
- peggioramento dello stato di coscienza (es. da alterazione a perdita di coscienza), ecc.

ACCOMPAGNAMENTO DELLA PERSONA AL PRONTO SOCCORSO

Avuto il consenso del 118 e della vittima, il soccorritore può accompagnare o far accompagnare la persona al Pronto Soccorso ospedaliero con un mezzo messo a disposizione dalla ditta/società ¹¹. Durante il trasporto è utile mantenere il comfort della vittima tenendola al caldo con una coperta o con il telo isotermico (è un telo con due strati, uno argentato ed uno dorato: la superficie dorata si lascia attraversare facilmente da calore e raggi solari, mentre quella argentata tende a rifletterli ;se esponiamo la parte dorata possiamo difenderci bene dal freddo).

¹¹ Spesso questi aspetti operativi sono definiti dalle procedure di sicurezza adottate dall'azienda/ente/società.

5 LA VITTIMA SANGUINA MOLTO



Emorragia: è la fuoriuscita di sangue dai vasi sanguigni dove normalmente scorre Grosse perdite di sangue possono far seguito a lesioni di vasi sanguigni, soprattutto di arterie, dalle quali il sangue fuoriesce con una maggiore pressione, a traumi del torace o dell'addome.

Il sangue può non apparire all'esterno perché rimane all'interno di cavità corporee, come nel caso di lesioni della milza a seguito di traumi del torace o dell'addome, ad esempio dopo incidenti stradali.

Quando la perdita di sangue è notevole, il soggetto è prostrato, pallido, disorientato. Si può avere un vero e proprio collasso cardiocircolatorio (shock).

NELLE EMORRAGIE LA COSA IMPORTANTE DA FARE È COMPRIMERE DIRETTAMENTE CON FORZA SULL'AREA DELL'EMORRAGIA STESSA

Ci sono due uniche eccezioni a questa regola, i traumi cranici ed i traumi facciali.

Nei traumi cranici il sangue che esce dal naso e/o dagli orecchi non deve essere fermato, perché rimanendo dentro il cranio finirebbe per comprimere gravemente le cellule nervose.

Nei traumi facciali se la vittima è a terra, bisogna metterla prona, per evitare che il sangue si accumuli all'interno dei seni paranasali, come avverrebbe, per effetto della forza di gravità, se la vittima stesse supina e venisse compressa manualmente l'area

emorragica. Dopo la prima rapida detersione della ferita, non bisogna continuare ad irrorare acqua; se teniamo le aree corporee che sanguinano sotto l'acqua corrente, il coagulo di fibrina (fatto dalle piastrine e dalla fibrina, proteina del sangue) non si forma. Attenzione: anche piccole ferite possono dare grandi emorragie, se la vittima è in terapia anticoagulante (dicumarolo, eparina, nuovi anticoagulanti orali ecc.). Domandare alla vittima!

LE PROCEDURE D'INTERVENTO

Ad eccezione dei traumi facciali e delle emorragie dal naso, una persona con una grave emorragia dovrebbe essere messa in posizione supina:

- si previene la possibilità di pericolose cadute a terra se la persona va in shock;

Disinfettare ad emorragia terminata e raccomandare alla persona di verificare cosa è necessario fare a proposito di prevenzione del tetano.

Se l'emorragia non si ferma, se interessa il viso o i genitali si deve allertare il

118 ➔ GRAVITÀ DELLA SITUAZIONE.

Nell'attesa dell'arrivo dei soccorsi o prima di un eventuale trasporto della vittima in ospedale con un mezzo aziendale, l'emorragia va stabilizzata con il bendaggio compressivo; l'utilizzo di una coperta o di un telo isotermico aiuta a mantenere il comfort della vittima.

Sebbene presenti nella cassetta di primo soccorso, non si devono utilizzare mai i lacci emostatici per controllare un'emorragia (il loro utilizzo richiede uno speciale addestramento).

IL BENDAGGIO COMPRESSIVO

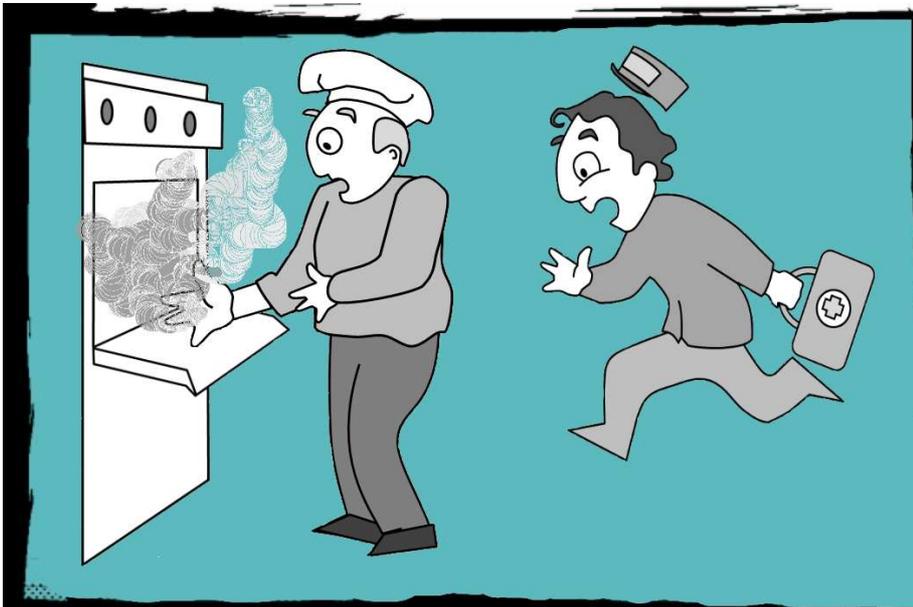
Il tampone viene tenuto fortemente premuto contro la sede della ferita con una benda o delle garze; se le garze si sporcano di sangue si sovrappongono altre garze.

Per questo tipo di bendaggio risulta utile disporre di una benda elastica autoadesiva, che permette di regolare meglio la tensione del bendaggio rispetto ad una comune benda orlata.

EPISTASSI (SANGUE DAL NASO)

Nei casi di epistassi, la perdita di sangue va controllata premendo la narice con una garza sterile o un fazzoletto, mantenendo la testa della vittima rivolta verso il basso, in modo da "chiudere, per così dire, l'accesso alle vie respiratorie" ed evitare che il sangue possa andare a finire all'interno di esse.

SCENARIO 6. LA VITTIMA HA DELLE USTIONI



Ustioni: sono causate da sostanze chimiche ad azione caustica e corrosiva, dalla corrente elettrica, da un'intensa e prolungata esposizione alla luce solare, dall'acqua bollente ecc..

Bisogna mettere quanto prima possibile la superficie corporea ustionata sotto il rubinetto dell'acqua, per almeno 10 minuti.

Diversamente da quanto accade nelle emorragie, l'acqua per le ustioni è un potente alleato, bisogna irrorare sempre grandi quantità di acqua fredda.

Finché la temperatura nell'area ustionata rimane superiore a 40° C le ustioni continuano ad estendersi.

Mai ghiaccio o acqua gelata sulle ustioni: danneggiano ulteriormente le superfici corporee ustionate.

In termini generali e semplici nelle ustioni di primo grado c'è arrossamento della pelle, in quelle di secondo grado ci sono le bolle (flittene), quelle di terzo grado spaccano e anneriscono la pelle.

La gravità delle ustioni dipende soprattutto dalla loro estensione!

Se è interessata un'ampia superficie corporea (indicativamente un decimo della superficie corporea totale), le ustioni sono gravi.

Anche nelle ustioni gravi, così come nelle gravi emorragie, la vittima è prostrata, pallida, disorientata; è possibile che si verifichi un vero e proprio collasso cardiocircolatorio (shock).

LE PROCEDURE D'INTERVENTO

Per prima cosa va contrastato l'estendersi dell'ustione: l'area va messa prima possibile sotto l'acqua corrente, **fredda !**, per almeno 10 minuti o fino a quando cessa il dolore provocato dall'ustione.

Anche per le ustioni esiste il rischio di contatto con liquidi biologici della vittima ed il soccorritore si deve premunire indossando i guanti monouso.

La zona lesa va poi protetta da possibili complicanze, prime tra tutte l'infezione: va coperta con garze sterili, tenute ferme da un bendaggio molto lento o da un telo sterile (presente nella dotazione della cassetta di soccorso). Le flittene (bolle), che compaiono spesso in seguito ad ustioni, non vanno mai forate, potendosi facilmente infettare.

Allertare i soccorsi avanzati ,118, se le ustioni interessano il viso ed i genitali e se sono estese a più di 1/10 della superficie corporea, indipendentemente dal grado.

In attesa dei soccorsi, mantenere la vittima in posizione supina e mantenere sotto controllo le condizioni generali del soggetto.

Tutte le ustioni da corrente elettrica devono essere valutate da un medico.

Ustioni di dimensioni contenute possono essere efficacemente controllate con un kit per ustioni: sono delle buste contenenti una garza sterile 10x10 trattata con gelificanti fortemente idratati e con aggiunta di estratti vegetali lenitivi. Le sostanze presenti in questo tipo di garze non sono classificate come prodotto farmaceutico e quindi possono rientrare nella dotazione della cassetta di primo soccorso, specialmente in ambienti quali cucine e bar dove maggiore è il rischio di piccole/medie ustioni.

In caso di ustioni da freddo (congelamento) bisogna coprire la parte congelata con indumenti di lana o coperte o, in mancanza di questi, con le proprie mani calde e portare subito la vittima in un luogo ben riscaldato. **Le ustioni da freddo richiedono sempre osservazione medica!**

SCENARIO 7. LA VITTIMA LAMENTA UN DOLORE CHE IMPEDISCE ALCUNI MOVIMENTI



Questo è lo scenario che corrisponde soprattutto agli eventi traumatici che possono verificarsi durante il lavoro, gli infortuni.

Nel settore turistico la tipologia di infortunio più frequente è quella degli scivolamenti, degli inciampi e delle cadute in piano, a cui conseguono con frequenza distorsioni e contusioni. Anche in questo caso si tratta di capire bene che cosa è successo e la percezione di gravità è a questo proposito l'aspetto più importante.

Diversamente da quanto avviene per i malori, c'è la possibilità di ricavare degli elementi di valutazione con l'analisi della dinamica degli eventi raccogliendo se possibile anche testimonianze.

Se la sede corporea interessata è la testa od il torace o la schiena la gravità dell'evento traumatico può essere maggiore; in questi casi non c'è mai nessun motivo di spostare la vittima, se non per sottrarla ad un pericolo grave ed immediato.

Bisogna sempre stare vicini alla vittima, rassicurarla nel momento in cui si procede per attivare i soccorsi .

Anche quando è colpito un arto, bisogna evitare qualunque movimento della parte colpita; può essere utile fare ricorso alla nostra cassetta di primo soccorso, dove abbiamo il ghiaccio, che, per le lesioni agli arti, è comunque utile perché riduce il dolore.

Se si ha percezione di gravità, bisogna allertare prontamente il 118; se le circostanze e la percezione di una minor gravità lo consentono, si potrà decidere, eventualmente chiedendone conferma all'operatore del 118, per il trasporto della vittima al servizio di pronto soccorso ospedaliero, con un mezzo aziendale o con un'ambulanza.

LE PROCEDURE D'INTERVENTO

Contusioni e distorsioni causano dolore, edema, controllabili con la terapia del freddo. Nella cassetta di primo soccorso è prevista la presenza di ghiaccio pronto-uso (ghiaccio in pacchetto e talvolta spray): per evitare danni alla parte colpita, il ghiaccio non va mai messo (o erogato, nel caso del ghiaccio spray) a diretto contatto con la pelle (ma interponendo sempre un telo, una garza, ecc.) e non va continuamente tenuto sulla parte lesa per un tempo superiore ai venti minuti.

La fasciatura della zona colpita aiuta a limitare i movimenti e facilita la ripresa della funzionalità dell'articolazione. Occorre considerare che la zona interessata tende a gonfiarsi: in questi casi, la fasciatura con una benda elastica autoadesiva può risultare più idonea rispetto ad una fasciatura eseguita con una normale benda orlata.

In entrambi i casi occorre sempre controllare periodicamente se la parte a valle della medicazione tenda a raffreddarsi: in tal caso occorre rifare la fasciatura, che sta cominciando a diventare stretta in seguito al gonfiarsi della parte lesa.

La terapia del freddo viene consigliata anche per gli strappi muscolari e, insieme allo stretching, per i crampi muscolari.¹²

Quando il trauma interessa un'estremità, si deve sempre considerare la possibilità di una frattura. Se c'è sospetto di fratture degli arti, bisogna cercare di bloccare i movimenti dell'arto nella posizione in cui si trova, tenere coperto l'infortunato ed allertare il 118. Se dopo un trauma, la vittima lamenta forti dolori alla testa, al collo, alla schiena, al bacino e/o se si sospettano fratture delle ossa lunghe degli arti, bisogna ALLERTARE IL 118 e mantenere l'osservazione ed il controllo delle condizioni dell'infortunato in attesa in attesa di indicazioni operative e dell'eventuale arrivo dei soccorsi avanzati.

¹² La temperatura elevata di alcuni ambienti di lavoro, quali possono essere le cucine, può favorire la comparsa di crampi causati dalla perdita di sali per l'eccessiva sudorazione. In questi casi, l'allontanamento dalla zona di lavoro ed il consiglio di assumere integratori salini possono aiutare a risolvere i crampi.

SCENARIO 8. LA VITTIMA HA UNA FERITA CHE NON SANGUINA MOLTO



Quando il sanguinamento da una ferita non è abbondante, ci si concentra sulla detersione e la disinfezione.

Il trattamento della ferita con disinfettanti ha lo scopo di eliminare tutti i tessuti devitalizzati e di isolare la ferita stessa dall'ambiente circostante, per evitare infezioni. I disinfettanti non devono essere mai utilizzati nelle ferite vicino agli occhi e nemmeno vicino alle orecchie; se per errore del disinfettante va a finire negli occhi o nelle orecchie bisogna prontamente irrorare getti d'acqua, per evitare conseguenze negative per la salute.

Il disinfettante raccomandato per gli ambienti di lavoro è lo iodopovidone (betadine), che troviamo sempre nella cassetta di primo soccorso.

L'uso dello iodopovidone va evitato per soggetti allergici allo iodio e nelle donne in gravidanza. L'acqua ossigenata è un valido sostituto.

Con riferimento alla protezione degli addetti di primo soccorso, c'è da tenere presente, come abbiamo detto, che per piccole ferite che ognuno può trattare da se, per evitare rischi di contaminazione con il sangue, conviene che si pratichi l' automedicazione.

LE PROCEDURE D'INTERVENTO

Bisogna esporre la ferita rimuovendo gli indumenti senza sfilarli, detergere la ferita con acqua o soluzione fisiologica e disinfettare. Nella cassetta di primo soccorso è spesso presente, accanto al Betadine, anche l'acqua ossigenata; per la disinfezione utilizzare le garze, non il cotone idrofilo.

In base alle dimensioni della ferita, applicare (o far applicare dalla vittima stessa) un cerotto preparato di dimensioni adeguate o garze sterili, tenute in sede con pezzi di cerotto a nastro. Controllare sempre che tutti i lati della medicazione siano ben chiusi, per ridurre la possibilità di infezioni. Bisogna raccomandare alla vittima di verificare cosa è necessario fare a proposito di prevenzione del tetano.

LA CATENA DEL SOCCORSO, DAL LUOGO DI LAVORO AI SERVIZI PUBBLICI DI EMERGENZA

DAL LUOGO DI LAVORO AL 118 - QUANDO E COME ATTIVARE IL 118

Una volta che il datore di lavoro abbia provveduto alla nomina dei lavoratori/delle lavoratrici designati all'incarico di addetti di primo soccorso (APS) , che i designati abbiano completato il ciclo di formazione e ricevuto le dotazioni previste secondo le indicazioni della normativa, possiamo dire che a tutti gli effetti il primo soccorso aziendale è costituito.

La normativa non stabilisce un numero minimo di addetti che è necessario avere. Essendo stata data comunque dal legislatore l' indicazione che il numero degli addetti di primo soccorso debba essere " sufficiente", è evidente che se c'è lavoro in turni, considerando le ferie, le circostanze di malattia etc., la nomina di più addetti è sempre necessaria.

L'attività degli APS è coordinata dal medico competente, quando come avviene quasi sempre nelle aziende/ società del settore turistico, questo professionista è stato nominato; diversamente, valgono le indicazioni operative che a questo proposito sono fornite dagli enti pubblici di prevenzione e vigilanza (gli Spisal delle unità sanitarie locali) e le indicazioni delle Regioni e del Ministero della salute¹³.

La cassetta di primo soccorso è la borsa degli attrezzi degli addetti di primo soccorso; gli APS possono utilizzare tutto quello che la cassetta contiene, ma quello che nella cassetta non c'è, ad esempio qualunque tipo di farmaco, non serve mai per i loro interventi.

Come abbiamo avuto modo di dire più volte, il riferimento operativo principale per gli addetti al primo soccorso è costituito dai servizi di emergenza 118.

Bisogna ALLERTARE il servizio di emergenza sanitaria 118 se siamo di fronte ad una vittima incosciente, se c'è un'emorragia non contenibile, un dolore toracico acuto , se vi è stata una caduta dall'alto ed in tutti i casi in cui può esserci pericolo per la vita o necessità urgente di un intervento sanitario qualificato.

È naturale che la richiesta di intervento al 118 sia fatta anche in caso di dubbio, in quanto il servizio 118 è a tutti gli effetti un servizio pubblico di consulenza per le emergenze e le urgenze.

¹³ Cfr, in particolare la Linea guida sul primo soccorso aziendale a cura del Comitato tecnico interregionale http://prevenzione.ulss20.verona.it/docs/Spisal/Leggi/DM388_Regolamento_attuativo_pronto_soccorso.pdf

Chi chiama deve essere sempre vicino alla/e vittima/e, in modo da poter rispondere a tutte le eventuali domande dell'operatore 118.

Se l'emergenza è conseguente al contatto, all'inalazione o all'ingestione di agenti chimici, bisogna sempre riferire all'operatore 118 le informazioni presenti nella scheda di sicurezza dei prodotti.

Ci sono circostanze (ne abbiamo parlato in particolare per lo scenario otto) per le quali, non sussistendo, magari anche sulla base delle indicazioni ricevute dallo stesso servizio 118, condizioni di emergenza/urgenza, può essere attivato un altro servizio sanitario disponibile h24 per le diagnosi e la terapia di infortuni e malori occorsi al lavoro o altrove e cioè il servizio ospedaliero di pronto soccorso.

Dai luoghi di lavoro ci si rivolge al pronto soccorso ad esempio nel caso di infortuni lavorativi per i quali la sola medicazione aziendale non sia sufficiente , per definire la prognosi e per avviare gli adempimenti di legge nel caso di infortuni(valutazione medico legale del danno alla salute conseguente agli infortuni da parte dell'Inail).

CHI PUÒ AIUTARE GLI APS

Trovarsi a svolgere un lavoro volontario senza poter contare su di un background professionale specifico come accade per gli APS e senza avere vicino professionisti del cui supporto potersi avvalere è di sicuro impegnativo e talora anche veramente difficile. Indubbiamente, quando è nominato, il medico competente può essere per l'APS un riferimento importante, per tutti i dubbi che possono venire a cominciare dal contenuto della cassetta di primo soccorso.

Il contenuto di questa cassetta è definito dalla normativa in termini generali, così da lasciare alla singole aziende dei diversi settori il compito di adattarlo alle specifiche esigenze in cui ci si trova ad operare.

Un riferimento importante, anche per gli APS, è il datore di lavoro; come sappiamo, il datore di lavoro è il primo responsabile operativo di tutto quello che riguarda la prevenzione e le misure da adottare per contenere i danni alla salute/incolumità fisica nel lavoro. E' al datore di lavoro (o un suo delegato) che gli APS debbono richiedere presidi che mancano nella cassetta o che debbono essere rimpiazzati dopo loro utilizzo.

Il sistema organizzativo della prevenzione, definito dalla normativa nazionale ed europea prevede che gli APS non siano gli unici ad essere operativi nelle emergenze; ci sono anche gli addetti alle emergenze non sanitarie (protezione incendi, rapida evacuazione dai luoghi di lavoro ecc.), che sono i colleghi quindi più direttamente accomunati agli APS dal ruolo da svolgere (quando non sia, come avviene particolarmente nelle aziende molto piccole, che gli stessi operatori svolgano insieme sia il ruolo di addetto di primo soccorso che di addetto alle emergenze non sanitarie).



Un ulteriore possibile riferimento nel nostro Paese, in cui i servizi SPISAL delle aziende sanitarie locali non sono soltanto preposti alla vigilanza, ma anche alla prevenzione, è costituito dai medici dello Spisal competente per territorio; da loro gli APS possono senz'altro ottenere valide risposte ai loro quesiti nel caso in cui nella loro azienda non sia prevista dalla normativa la nomina del medico competente.

SETTORE HORECA ALCUNE SCHEDE ESEMPLIFICATIVE

La chiamata al 118 In quali casi vengono fatte chiamate al 118 dai luoghi di lavoro del settore Horeca? Scenari importanti sono l'arresto cardiocircolatorio ed il dolore toracico¹⁴, due situazioni che hanno in questo settore una rilevanza particolare in quanto molti luoghi di lavoro di questo settore sono ambienti frequentati da un gran numero di ospiti e clienti e per questo la possibilità di dover affrontare situazioni di questo tipo è maggiore. Dell'arresto cardio-respiratorio abbiamo già parlato, qui di seguito tratteremo del dolore toracico acuto.

EVENTO 1 DOLORE TORACICO ACUTO



Si definisce dolore toracico qualsiasi dolore, dalla base del naso all'ombelico anteriormente e dalla nuca alla 12° vertebra toracica posteriormente, che non abbia causa traumatica o chiaramente identificabile che lo sottenda.¹⁵

Il dolore toracico acuto deve essere sempre considerato di origine cardiaca fino a prova contraria; non bisogna sottovalutarlo mai.

¹⁴ Con riferimento a Venezia: Maurizio Dal Corso, 118 Aulss 12 veneziana, comunicazione personale

¹⁵ La definizione è di Loris Pironi, Professore associato del Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Università di Bologna

Dolore acuto: insorto da poco (comunque meno di 24 ore); il dolore è forte, spesso, più che un dolore, è come una morsa. La causa più grave di questo è l'infarto miocardico (del cuore), la lesione di una parte del muscolo cardiaco dovuta alla chiusura di una arteria coronaria ed alla conseguente mancanza di rifornimento di sangue al cuore.

Cosa fare:

- Bisogna evitare al paziente ogni sforzo fisico
- Mettere il soggetto in posizione comoda, semiseduto,
- Mettere se possibile dei cuscini per sorreggere le spalle e la testa.
- Rassicurarlo e chiamare subito il 118;
- Se potete, fate chiamare il 118 da qualcun altro per non lasciare la persona sola

ATTENZIONE!

IL RISCHIO CHE SOPRAVVENGA UN ARRESTO
CARDIACO O UN GRAVE SHOCK È ELEVATO !

EVENTO 2 UN CASO DI SINCOPE NELLA SPA



Uscendo dalla spa, dopo pochi minuti di massaggi e la sauna, una signora stamani improvvisamente si è sentita male, ha barcollato ed è caduta a terra priva di coscienza. Non c'erano medici, è stato chiamato l'addetto di primo soccorso che è intervenuto e rapidamente ha accertato che la signora respirava regolarmente.

L'Aps ha subito chiamato il 118, come si deve fare sempre nei casi di perdita dello stato di coscienza ed è rimasto vicino alla vittima.

Dopo poco più di un minuto la persona si è ripresa completamente .

Sincope cosa fare :

Ecco descritti che gli interventi che ha fatto l'addetto di primo soccorso

- Step 1 :ha chiamato il118...ho davanti una persona in stato di incoscienza
- Step 2: ha messo la persona in posizione supina
- Step 3: ha aperto una finestra
- Step 4. ha tolto alla vittima la maglia e l'ha messa in condizioni di respirare il più liberamente possibile

Quando tutto è tornato ok , l'APS ha raccomandato alla vittima di sottoporsi al più presto ad un controllo medico.

Sincope: è una forma di perdita transitoria dello stato di coscienza a rapida insorgenza, di breve durata e solitamente di rapido e completo recupero, dovuta a ridotto flusso di sangue a livello cerebrale.

La forma più comune di sincope è quella riflessa (sincope vaso vagale, svenimento), che interessa tutte le fasce d'età : la tosse violenta, sforzi fisici , reazioni emotive sono fattori scatenanti di questo tipo di sincope.

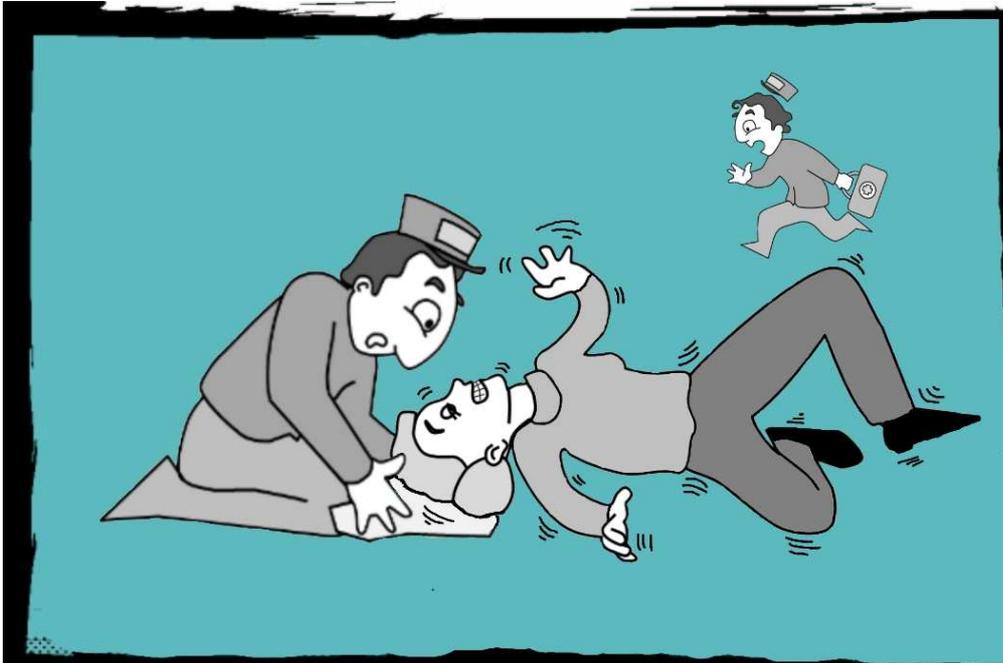
Segue per frequenza la sincope associata ad ipotensione ortostatica (abbassamento della pressione arteriosa quando ci si alza in piedi), comune nelle persone anziane e in coloro che assumono farmaci per l'ipertensione.

La terza causa di sincope sono le aritmie cardiache: la frequenza cardiaca troppo bassa o troppo alta che si hanno nel corso di varie malattie cardiache possono essere all'origine di episodi sincopali.

ATTENZIONE !

PERDERE IMPROVVISAMENTE LA COSCIENZA E' SEMPRE
UN FATTO POTENZIALMENTE GRAVE; BISOGNA SEMPRE
ALLERTARE !

EVENTO 3 IN CUCINA L' AIUTO CUOCA HA UNA CRISI CONVULSIVA



La crisi convulsiva si manifesta come una iperattività muscolare, a tratti molto violenta, che può risultare pericolosa per la vittima che molto spesso è del tutto inconsapevole di quanto sta accadendo. Può insorgere in seguito a:

- Febbre elevata (solo nei bambini);
- Epilessia (crisi epilettica tipo "grande male");
- Ictus;
- Crisi ipoglicemica (zucchero nel sangue molto basso..)
- Altre gravi manifestazioni patologiche

L'epilessia è la causa più comune di crisi convulsive; quale che ne sia la causa, nella crisi convulsiva la persona perde improvvisamente coscienza, la sua muscolatura si contrae in uno spasmo violento della durata di 10-20 sec.; poi compare un fine tremore agli arti, che si fa sempre più intenso, in tutto il corpo ci sono contrazioni ritmiche della muscolatura, per ca. 30 secondi.

Durante la crisi, spesso, per un arresto transitorio del respiro, le labbra e la cute dei lobi delle orecchie e delle unghie assumono un colore bluastrò.

La vittima può ferirsi la lingua a seguito della contrazione dei muscoli della masticazione. Al termine delle convulsioni , vi è spesso uno stato di coma. I muscoli sono rilassati e può esservi perdita di urina; lo stato di coma dura circa 5 minuti, successivamente si ha un lento e spontaneo recupero dello stato di coscienza.

CHE FARE:

1. Bisogna mantenere la calma
2. Bisogna subito guardarsi intorno: la crisi convulsiva avviene in un posto pericoloso? Se il posto non è pericoloso, la persona deve rimanere dov'è. Basterà spostare mobili, sedie o altro il cui impatto possa causare lesioni alla vittima
3. Mettere qualcosa di morbido sotto la testa, per esempio un cuscino o una giacca piegata se la persona è caduta a terra
4. Prendere nota di quando le convulsioni sono iniziate (per poter riferire circa la durata dell'attacco a medici e familiari)
5. Non cercare mai di trattenere la persona
6. Non cercare di mettere nulla nella bocca
7. Quando le convulsioni sono finite mettere la persona in posizione laterale di sicurezza
8. Controllare la bocca e verificare che nulla ostacoli una respirazione normale
9. Rimanere vicini fino al completo ristabilimento

CHIAMARE IL 118 SE ¹⁶:

- Le convulsioni durano più di 5 minuti.
- La vittima ha un'altra crisi subito dopo la prima.
- La vittima si è ferita durante la crisi convulsiva
- La crisi convulsiva avviene in acqua.
- La persona ha condizioni di salute critiche (diabete, malattie cardiache..) oppure incinta.

CONVULSIONI: ATTENZIONE!

NON PROVARE MAI A METTERE NULLA
NELLA BOCCA DELLA VITTIMA

¹⁶ Sono le indicazioni dei CDC (Centers for Disease Control and Prevention) degli USA.
<http://www.cdc.gov/epilepsy/basics/first-aid.htm>

EVENTO 4 NEL PARCO UN GIARDINIERE È STATO ASSALITO DA UNO SCIAME DI VESPE MENTRE SISTEMAVA IL TERRENO



Il giardiniere Marco è stato punto ad un braccio; il braccio si è gonfiato ed è dolente ; dopo qualche ora comunque tutto si era già risolto per il meglio, il gonfiore locale era cessato e così anche il dolore, senza utilizzo di farmaci, solo con l'impiego del ghiaccio.

Punture di insetti

Nella maggior parte dei casi la puntura di imenotteri (api ,vespe e calabroni) è un evento non grave; la sintomatologia è solo locale: pomfo arrossato, pruriginoso e dolente. Alcune persone (circa il 10 % della popolazione generale) possono avere delle reazioni locali molto accentuate, con forte gonfiore e dolore molto intenso; in questi casi si richiede un intervento medico.

Alcune altre persone (circa il 3% della popolazione generale) sono particolarmente sensibili al veleno degli imenotteri e possono avere una reazione allergica.¹⁷

In queste persone si ha una sintomatologia generale, con gonfiore ed arrossamenti anche a distanza rispetto a dove c'è stata la puntura ; nei casi più gravi, vi possono essere una improvvisa difficoltà di respiro , collasso cardiocircolatorio e alterazione/perdita dello stato di coscienza .

Che fare : non serve cercare di rimuovere il pungiglione con le pinzette; basta lavare con acqua e sapone e lavare, applicare un impacco freddo, poi solo controllo dell'evoluzione della puntura e delle condizioni fisiche della vittima (osservazione!).

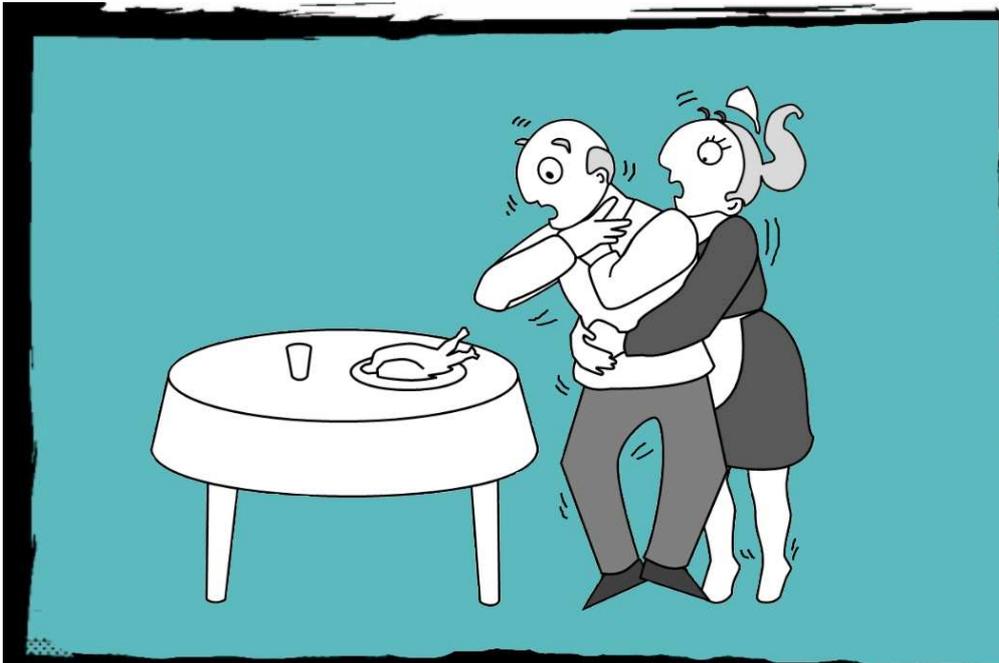
Se vi è una sintomatologia generale bisogna allertare !

PUNTURE DI INSETTI: ATTENZIONE!

OSSERVAZIONE: CONTROLLARE SEMPRE SE CI SONO SEGNI/SINTOMI A DISTANZA DAL PUNTO DELLA PUNTURA

¹⁷ ALLERGIA Reazione allergica : è una malattia del sistema immunitario caratterizzata da reazioni eccessive portate da particolari anticorpi (IgE) nei confronti di sostanze abitualmente innocue, come ad esempio i pollini (conta la sensibilità individuale , ma anche l'intensità /durata dei contatti)

EVENTO 5 AL RISTORANTE UN CLIENTE HA AVUTO UNA GRAVE OSTRUZIONE RESPIRATORIA A CAUSA DEL CIBO INGERITO



Il cliente, un signore anziano, stava mangiando del pollo quando d'improvviso ha cominciato a tossire violentemente; respira molto male, le labbra sono diventate violacee. Pina, l'addetto al primo soccorso del ristorante, si è avvicinata alla vittima e, visto che aveva ormai cessato di tossire ed il respiro era sempre più affannoso, ha dato le pacche interscapolari e praticato la manovra di Heimlich. Nello stesso tempo ha chiesto ad un collega che stava vicino a lui di chiamare il 118 e di mantenere il contatto con la sala operativa. Al secondo tentativo le manovre hanno avuto successo!

Ostruzione respiratoria da cause meccaniche

Che fare : non si fa nulla finché la vittima continua a tossire; quando non tossisce più e non è più in grado di parlare si praticano le manovre di disostruzione (pacche interscapolari e manovra di Heimlich). ¹⁸

MANOVRA DI HEIMLICH (H. HEIMLICH 1974)

QUESTA MANOVRA È RARAMENTE ASSOCIATA A COMPLICAZIONI; TUTTAVIA SI DEVE RACCOMANDARE ALLA PERSONA A CUI LA SI PRATICA DI SOTTOPORSI AD UN CONTROLLO MEDICO

¹⁸ Vedi pagina 21

EVENTO 6 UNA LESIONE TRAUMATICA AL CAPO



Paolo, il fattorino del nostro albergo è caduto dalla bicicletta davanti all'albergo ed ha battuto il capo a terra; è finito proprio dentro al binario del tram, ma per fortuna la macchina che lo seguiva si è fermata in tempo e non è stato investito. La testa sanguina e ha un forte dolore, ma è vigile e collaborativo.

CHE FARE:

ecco cosa ha fatto il nostro APS presente in quel momento: ha verificato lo stato di coscienza con l' apposita procedura , ha osservato bene per la presenza di qualunque altro sintomo/disturbo; ha mantenuto aperta l'osservazione finché Paolo, d'accordo con la moglie, non è tornato a casa ad attendere il suo medico di famiglia.

Non è facile capire quale sia la gravità di un colpo alla testa; la testa è molto vascolarizzata e quindi anche piccole lesioni possono provocare emorragie estese; sono facili a determinarsi gonfiori localizzati (il famoso bernoccolo). Aiuta molto a capire la gravità la considerazione della dinamica dell'evento (una caduta dall'alto? un urto violento, come nel caso di una caduta da un veicolo in movimento?, una grave compressione della testa?..)

Il principale aspetto da valutare è sempre lo stato di coscienza; bisogna vedere bene se ci sono disturbi dell'attenzione, della memoria e comportamentali; comparsa di vertigini, disturbi dell'equilibrio, forte mal di testa con nausea; se nell'osservazione abbiamo modo di verificare/sospettare che ci sono queste alterazioni, allora il ricorso alla consulenza specializzata del 118 è assolutamente necessario.

Nel caso di traumatismi del capo si richiede sempre un'osservazione di alcune ore (almeno 6 ore), perché talora la perturbazione dello stato di coscienza non si manifesta immediatamente, è successiva, a distanza dall'evento (dopo la lesione si può formare un ematoma intracranico che estendendosi comprime sempre di più le cellule nervose del cervello).¹⁹

Attenzione bisogna ricordarsi che nel caso dovessero subentrare delle emorragie dal naso o dalle orecchie questo è sicuramente un forte indicatore di gravità e questo è pressoché l'unico caso²⁰ in cui non si deve tamponare un'emorragia; bisogna lasciare scorrere il sangue per non aggravare la compressione intracranica.

FORTI COLPI ALLA TESTA
OSSERVAZIONE X ALMENO 6 ORE.
CASI DUBBI: SEMPRE RICORSO AL 118 !

¹⁹ Nei casi dubbi allertare sempre il 118 e attivare così l'osservazione medica: gli ematomi cerebrali possono dare sintomi anche dopo settimane o mesi dal trauma.

²⁰ L'altro è costituito dalle emorragie della faccia, in cui si deve mettere la vittima in posizione prona e lasciare che il sangue defluisca, perché non vada a congestionare i seni paranasali (cavità piene d'aria che si trovano vicino al naso;).

EVENTO 7 UN COLPO DI CALORE



Giocando a calcio sotto il sole nel campetto del centro balneare, un ragazzo di 16 anni è caduto a terra; le persone che erano presenti hanno detto che prima di cadere lamentava di avere delle vertigini e si vedeva che stava proprio male..

Ora è decisamente confuso, suda molto e la cute è molto calda. **Beppe, l'addetto al primo soccorso, ha sospettato che abbia avuto un colpo di calore ed ha chiamato subito il 118 , lo ha portato in un luogo fresco e ha cominciato a spugnargli acqua fresca sulla testa e sul collo .**

La temperatura corporea interna è normalmente di 36-38° C , con un'oscillazione diurna di circa mezzo grado (punta max. a metà pomeriggio ed una min. prima dell'alba). Nel corso di un colpo di calore può superare i 40°C.

Durante l'esercizio fisico, se la temperatura esterna è elevata e c'è molta umidità, si ha una minore evaporazione con aumento della temperatura interna e maggior rischio di malesseri da calore; si può avere arresto della sudorazione con aumento della temperatura corporea per alterazione del sistema di termoregolazione centrale (causato dalla disidratazione).

Colpo di calore Sintomi: **Poiché il cervello è molto sensibile agli stress termici, i primi segni del colpo di calore sono: deficit della capacità di giudizio e della vigilanza, stato di coscienza alterato;** inoltre si ha spesso forte mal di testa e grande debolezza; nei casi estremi si ha il coma e poi l'arresto respiratorio.

CHE FARE

Quando c'è anche il solo sospetto che vi sia un colpo di calore, bisogna subito chiamare il 118. Controllare sempre le funzioni vitali (coscienza e respiro). Il paziente va svestito, portato in un ambiente fresco, messo in posizione di sicurezza se incosciente e bagnato con impacchi e spugnature fredde. In attesa dell'intervento medico si deve continuare a sorvegliare le funzioni vitali.

COLPO DI CALORE

OSSERVARE SEMPRE BENE LE CONDIZIONI GENERALI DELLA VITTIMA ED IL SUO STATO DI COSCIENZA!

EVENTO 8 INGESTIONE ACCIDENTALE DI SOSTANZE PERICOLOSE



Oggi in albergo si è verificato un infortunio che per fortuna non è stato grave, ma avrebbe potuto esserlo: l'ingestione accidentale di un prodotto tossico per la pulizia di locali o di oggetti. In questo caso si è trattato dell'ingestione di un lucido per l'argenteria, incolore, che, diluito in acqua, era stato pericolosamente travasato in una bottiglia d'acqua minerale. La vittima, una ragazza addetta ai piani, ha accusato una forte raucedine, una forte salivazione, dolore al petto e difficoltà di respiro.

Cosa fare: L'Aps ha chiamato subito il 118 ²¹ e ha chiesto ad un collega di recuperare al più presto la scheda di sicurezza del prodotto.

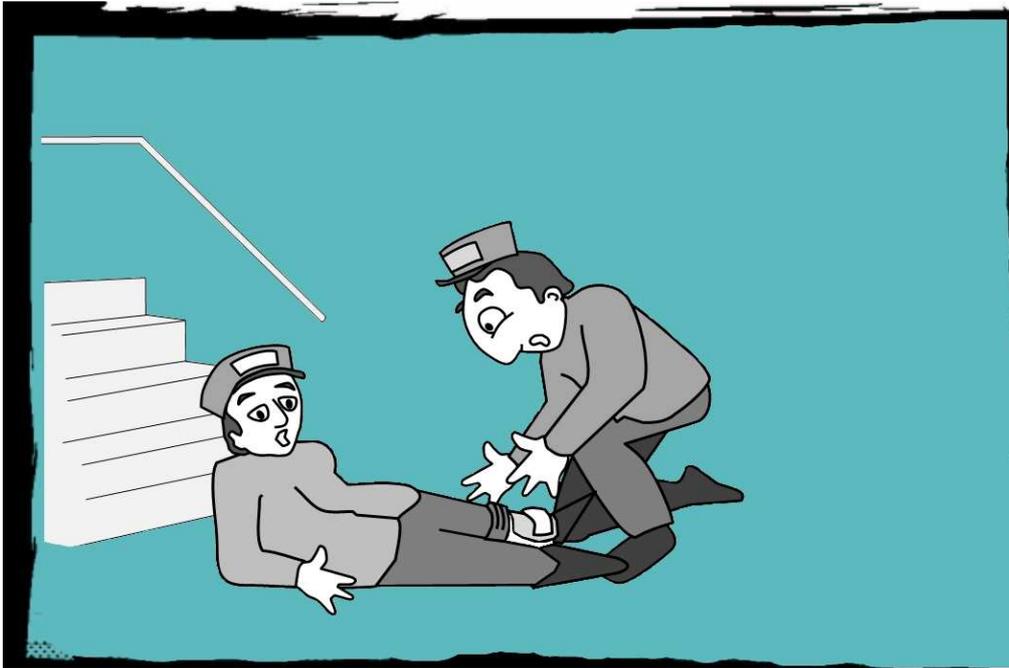
Attenzione E' importante non provocare il vomito, per non causare lesioni esofagee da "ritransito" del tossico nell'esofago; non dare da bere né acqua, né latte. La reazione chimica del tossico con l'acqua o il latte può determinare ulteriori lesioni .

INGESTIONE DI TOSSICI

ATTENZIONE: NON PROVOCARE MAI IL VOMITO !

²¹ I servizi 118 hanno anche competenze per poter gestire in proprio le situazioni di rischio di questo tipo e sono inoltre in contatto diretto con tutti i più importanti centri antiveleni . Obiettivo degli interventi specializzati : circoscrivere l'estendersi delle lesioni , evitare la perforazione dell'esofago, prevenire infezioni secondarie e le complicanze cicatriziali a distanza.

EVENTO 9 UNA CADUTA DALLE SCALE



Piero, addetto ai bagagli ai piani , non ha utilizzato il corrimano, è sceso un po' di fretta ed è caduto; ora è a terra, con la caviglia dolorante .Giulio, l'addetto al primo soccorso, è stato chiamato per vedere che fare ed ha fatto le quattro semplici cose che sono necessarie in questi casi:

- ha detto al portabagagli di non muovere la gamba ,
- si è fatto portare il ghiaccio gel che va tenuto dentro uno scompartimento del congelatore e lo ha messo dentro un panno e poi applicato,
- ha utilizzato delle bende ed una stecca per bloccare l'articolazione della caviglia;
- ha sollevato la gamba di Piero mettendola in alto e appoggiandola ad un mobiletto.

Poiché la caviglia era molto dolente e parecchio gonfia, Piero ha chiesto di essere accompagnato al Pronto Soccorso dell'ospedale per poter fare eventualmente degli accertamenti medici specifici e così è stato. Giulio ha dato notizia dell'infortunio al Servizio di prevenzione e protezione in base alle istruzioni operative ricevute.

TRAUMATISMI. ATTENZIONE, IL GHIACCIO PUÒ
NON BASTARE!

EVENTO 10. SCOTTATURE CON LE PENTOLE IN CUCINA ...



In cucina, spostando da solo una grossa pentola piena d'acqua bollente, un aiuto cuoco ha fatto un movimento brusco e la pentola gli ha prodotto un'ustione piuttosto estesa ad un avambraccio. Subito ha irrorato a lungo con l'acqua del rubinetto la zona ustionata, per 10 minuti e ha poi utilizzato delle garze della cassetta di primo soccorso²² per coprire l'area ustionata.

Infine, seppur naturalmente con qualche difficoltà, ha ripreso il suo consueto lavoro. Nelle ustioni/scottature, non è necessario utilizzare nel luogo di lavoro farmaci in forma di creme o pomate: è sufficiente irrorare le lesioni con abbondanti getti d'acqua a temperatura ambiente (tenere la parte ustionata sotto il rubinetto dell'acqua) e poi coprire con garze.

USTIONI, NIENTE CREME NE' POMATE !

²² Del tipo Burnshield, che contiene anche essenze vegetali con proprietà antisettiche e antidolorifiche (**estratte dalla *Melaleuca alternifolia***, comunemente noto come **albero del tè**). Altre garze umide di questo tipo contengono acido ialuronico, una sostanza emolliente.