



**CROCE ROSSA ITALIANA
COMITATO PROVINCIALE DI VICENZA**

INTERVENTI IN RELAZIONE ALLE TIPOLOGIE DI SOCCORSO

**Manualetto di primo soccorso in destinazione ai soccorritori
CRI 118 e
ai partecipanti delle gare di Primo Soccorso**

Croce Rossa va al di là del simbolo, della divisa, delle parole. Essere in Croce Rossa significa portare sollievo dove la sofferenza regna sovrana.

Non dobbiamo limitarci a sentirci parte di essa solo quando siamo in servizio: lo spirito che ci deve animare dev'esser presente sempre, perché alla fin fine portiamo avanti ciò che di più naturale è insito nell'animo nostro, vale a dire l'amore verso il prossimo.

Se ci manca questo requisito fondamentale o vogliamo apparire, cerchiamo di avere un minimo di coerenza con noi stessi e gli altri lasciandola perdere.

L'egoismo, in Croce Rossa, ha solo portato a infangare il nome per il quale essa è nata.

Un sentito ringraziamento va a tutti i pazienti, le persone che ho incrociato, soccorso – o semplicemente scambiato quattro parole – e a tutti i miei colleghi e superiori che mi hanno permesso, e mi stanno permettendo, di far parte di questa gloriosa associazione.

Grazie, di cuore, a tutti Voi.

L'autore

PREMESSA

Questo scritto non va a sostituire in alcun modo un corso di educazione sanitaria, né a farne complemento e tanto meno a legittimare la messa in atto di determinate manovre di soccorso.

Gran parte di quanto riportato in queste pagine è stato tratto dal testo "Il primo soccorso. Manuale di primo soccorso, infortunistica e protezione civile", edito dal Comitato Provinciale di Udine della Croce Rossa Italiana, 2004.

Lo scopo che ha portato alla formulazione e compilazione di questo piccolo testo è nato in base ad un'esigenza puramente personale di avere a portata di mano, in modo semplice e veloce, gli interventi di primo soccorso da attuare a seconda delle varie tipologie di insulti, incidenti, avvenimenti sanitari con i quali il sottoscritto si trova quotidianamente a lavorare.

In aggiunta ad esso, l'altra motivazione che mi ha spinto alla stesura è stata la partecipazione e collaborazione alle gare di primo soccorso tenute annualmente dalla componente dei Volontari del Soccorso della Croce Rossa Italiana.

Il progetto poi non si limita ad una stesura definitiva del piccolo volume, ma una traccia nel quale tutti possono partecipare, aggiungendovi nuove procedure di soccorso (vedi il passaggio del BLS dalle 15 alle 30 compressioni, ad esempio), "trucchi" per facilitare o accelerare i processi di soccorso, nuove normative relative al D.I.U. e così via.

Questo potrà esser reso possibile mantenendo però inalterati i presupposti che stanno alla base del progetto stesso, ovvero:

- un'estrema facilità e rapidità nel ricercare nel volume le tecniche più idonee in relazione all'insulto;
- un sommario molto dettagliato cui il rimando alle tecniche risulta esser immediato;
- la limitazione dell'uso di terminologie molto complesse per consentire a tutti, a prescindere dal proprio grado di istruzione, una veloce consultazione e scelta di quanto ricercato.

L'uso delle figure è stato volutamente omissivo proprio in relazione agli scopi sopra descritti: si presuppone che chi consulerà tale volume avrà già effettuato un corso avanzato di primo soccorso, possiederà altri testi cui spiegano in dettaglio certe manovre, posizioni e funzionamento degli organi del nostro corpo e svolga in modo periodico e costante un servizio – volontario – di assistenza sociale o soccorso sanitario. L'inserimento di figure avrebbe portato ad un aumento delle pagine del testo stesso, come anche una resa più scadente nella riproduzione di questo o di parti di esso.

Fedele ai principi di Croce Rossa, questo piccolo contributo al soccorso sanitario non deve avere fini di lucro, deve essere proposto in modo totalmente disinteressato, non deve rappresentare un titolo di pubblicazione a scopi di una velata promozione a livello personale. Esso deve contribuire ad un corretto espletamento delle manovre di soccorso, una maggior capillarizzazione in fatto di conoscenza di educazione sanitaria e a diffondere la cultura universale di Croce Rossa stessa, così intimamente legata al nostro essere prima di tutto anime che cercano di portare sollievo e lenire le sofferenze verso coloro che per sorte avversa provano in un determinato momento della loro esistenza.

A Voi tutti auguro a tutti una cordiale e proficua consultazione e collaborazione.

Bruno Marzemin

Volontario del Soccorso e psicologo presso il Comitato Provinciale della Croce Rossa Italiana di Vicenza

CAPITOLO 1

NOZIONI DI BASE DA TENERE SEMPRE PRESENTI A PRESCINDERE DALL'EVENTO

Autoprotezione

- guardarsi attorno;
- verificare la mancanza di pericoli reali o potenziali;
- rendere sicura la scena;
- (salvare da situazioni di pericolo).

Comportamento (da attuarsi solo a scena sicura)

- presentarsi come soccorritore;
- parlare alla persona (se cosciente);
- essere cortese e determinato;
- confortare e supportare il paziente;
- mantenere sempre il contatto visivo del paziente.

Misure di primo soccorso

- 1) valutare lo stato di coscienza;
- 2) controllare la pervietà delle vie aeree;
- 3) valutare la presenza e la qualità del respiro;
- 4) valutare la presenza di circolo;
- 5) valutazione neurologica (scala AVPU);
- 6) protezione termica e monitoraggio funzioni vitali.

Valutazioni secondarie

- 1) valutazione testa-piedi;
- 2) individuare la probabile patologia e le lesioni eventuali;
- 3) posizionare correttamente il paziente;
- 4) usare correttamente i presidi;
- 5) attuare l'AMPLE (vedi sotto).

AMPLE

Allergie (informarsi se il paziente è allergico a qualcosa);
Medicinali (informarsi se il paziente prende qualche medicinale particolare);
Patologie (informarsi se presenta qualche malattia da segnalare);
L'ultimo pasto (informarsi quando ha mangiato l'ultima volta);
Evento (ottenere informazioni sulla dinamica dell'accaduto).

Le informazioni possono essere ottenute dal paziente - se cosciente - o da chi ha assistito all'insulto, come familiari, parenti o passanti.

CAPITOLO 2

ESAME PRIMARIO

Verificare se siamo in presenza di un trauma (qualora ci trovassimo in un incidente stradale o sul lavoro, per esempio).

In caso di traumatizzato agire come segue:

- 1) evitare ogni spostamento, prestando attenzione al collo e al capo;
- 2) in presenza di più soccorritori, uno gli terrà ferma la testa mentre l'altro gli mette un collare di fortuna.

Qualora l'infortunato sia immobile, controllare lo stato di coscienza.

Se cosciente, tranquillizzarlo, raccogliere quante più informazioni sull'accaduto e fare un esame dettagliato sul suo stato.

Se incosciente, attivare immediatamente il 118 e il leader, e procedere col BLS (pervietà vie aeree, respiro, circolo).

Indipendentemente dalle funzioni vitali, controllare se l'infortunato perde sangue.

Le emorragie vanno fermate DOPO aver controllato le funzioni vitali ma PRIMA di iniziare le pratiche di rianimazione.

Casi Particolari nell'esame primario

- Presenza di protesi dentarie. Se in presenza di protesi dentarie complete, se ben saldate lasciarle in loco, mentre se sono staccate tentare di rimetterle in loco. In presenza di protesi dentarie parziali, toglierle e conservarle.
- Se il viso è inaccessibile. Tentare di percepire il respiro mettendo le mani sulla schiena, sul torace o sull'addome. Volendo si può verificare la presenza dell'aria mettendo il nostro polso in prossimità del viso.
- Se in posizione PRONA (a pancia in giù): se traumatizzato, rigirarlo stando ben attenti a tenergli allineata la testa durante la manovra; le funzioni vitali in un traumatizzato in questa posizione vanno prese quando è ancora prono. Se invece non è traumatizzato si può rigirarlo senza problemi.

Posizione Laterale di Sicurezza (PLS)

Usata su **soggetti coscienti o incoscienti che respirano e che hanno polso.**

Nei soggetti traumatizzati, la PLS va osservata e attuata solo se:

- a) la persona è incosciente e vomita;
- b) la persona è cosciente, vomita ma non riesce a sputare;
- c) è incosciente e deve essere lasciato solo (presenza di più feriti). In quest'ultimo caso però ricordarsi di:
 - 1) mantenere la testa allineata al corpo;
 - 2) mettere un collare di fortuna;
 - 3) girare la persona con più soccorritori.

Il lato di posizionamento della PLS è arbitrario (in linea generale va fatta su qualsiasi dei due lati).

In presenza di ferite, la persona va orientata sul lato ferito.

Teniamo presente 4 punti particolari di attuazione della PLS:

- 1) in caso di ferite al viso (con perdita di sangue dal naso o dalla bocca), tenere orientato quest'ultimo verso il basso;
- 2) se a seguito di un trauma cranico notiamo la fuoriuscita di sangue o liquor da un orecchio, dal naso o dalla bocca, mettere la testa del paziente in una postura tale da permettere la fuoriuscita dei liquidi verso il basso;
- 3) in caso di arto fratturato, steccare quest'ultimo e porlo verso il basso (verrà mosso di meno);
- 4) in presenza di frattura alle costole, girare l'infortunato sul lato della frattura.

Eccezioni:

- a) in caso di ustioni, girare il paziente verso il lato sano o quello meno ustionato;
- b) in caso di oggetto conficcato sul corpo, evitare quel posizionamento che vada a peggiorare la situazione (cioè non metterlo in modo tale che l'oggetto si conficchi ancor più in profondità);
- c) in caso di donne gravide, il lato d'elezione della PLS è quello sinistro.

Posizione antishock

Usata per far confluire meglio il sangue verso il cuore e gli organi vitali interni.

Attuata alzando di 30° circa le gambe del paziente; in alternativa si alzano le braccia.

Va usata quando riscontriamo le seguenti situazioni:

- 1) shock (tutti i tipi);
- 2) emorragie esterne ed interne;
- 3) metrorragie;
- 4) ferite gravi;
- 5) ustioni termiche;
- 6) ipotermia;
- 7) assideramento;
- 8) fratture (compresa quella del femore, previa steccatura);
- 9) avvelenamento da gas (se il paziente però è cosciente e respira);
- 10) sindrome da schiacciamento;
- 11) sincope.

La posizione antishock va però evitata quando troviamo:

- a) trauma cranico;
- b) ictus;
- c) dispnea;
- d) infarto e/o angina pectoris;
- e) otorragia.

CAPITOLO 3

ESAME SECONDARIO

Se il paziente è cosciente, bisogna colloquiarcisi assieme.

Constatare come prima cosa lo stato di coscienza: il paziente potrebbe essere sì cosciente, ma disorientato (non sa dov'è, chi è, cos'è successo...) oppure delirante.

Seguire quindi i seguenti step:

- 1) presentarsi al paziente sempre con nome e qualifica, chiedendogli se possiamo aiutarlo;
- 2) apparire calmi e sicuri, nascondendogli alla vista eventuali ferite che lo potrebbero impressionare. Andrebbe nascosta anche la scena, specie se cruenta, usando il nostro corpo per ridurgli il campo visivo. Evitare inoltre di dire cose banali e spudoratamente false ("va tutto bene").
- 3) Chiedergli che giorno e che ora è. Da questa domanda capiamo se è disorientato.
- 4) Chiedergli poi se si ricorda cosa è successo.
- 5) Non mettere mai in discussione quanto egli ci dice, anche in caso di delirio. Potremo perdere informazioni importanti sull'accaduto e soprattutto perderemmo la sua fiducia.
- 6) Chiedergli come si sente. Il paziente risponderà focalizzandosi sul fatto che lo preoccupa di più.
- 7) Approfondire il colloquio con domande più specifiche e mirate (del tipo: se ha perso conoscenza, se ha battuto la testa, se è caduto in quella posizione, se è stato mosso, se sente formicolii agli arti e se riesce a muoverli, se ha dolori alla schiena o al collo...) Stare poi ben attenti a non influenzare le risposte in base alle nostre aspettative ("è caduto dalla moto, quindi si sarà fatto male alla gamba...")
- 8) Chiedere se ha assunto farmaci, se è allergico a qualcosa in particolare e se conosce la sua pressione arteriosa abituale.
- 9) In caso di emergenza medica, informarsi sui suoi precedenti malori, sul medico che lo ha in cura, se la crisi si è presentata in modo improvviso o graduale.
- 10) Informarlo sempre se stiamo per realizzare qualsiasi intervento oppure se dobbiamo togliergli qualche indumento. Questo si fa ovviamente chiedendogli prima il consenso.

La raccolta delle informazioni

Una volta che si è appurato lo stato di coscienza o incoscienza dell'infortunato ci si può rivolgere agli eventuali testimoni per ottenere informazioni sull'accaduto.

Ecco alcune domande da rivolgere loro:

- 1) il paziente si era lamentato di qualcosa o aveva fatto qualche gesto che indicava segno di dolore?
- 2) Il paziente soffriva di disturbi particolari o faceva uso di farmaci?
- 3) Ha perso subito coscienza?
- 4) È stato trascinato o mosso?

È bene guardarsi attorno e notare la presenza di oggetti che il paziente ha con sé, qualora questo non collaborasse.

- a) Un medaglione medico o qualche targhetta di particolari malattie ci indicano di cosa soffre, se sono presenti;
- b) siringhe di insulina, caramelle, zollette di zucchero sono indizi che il paziente è diabetico;
- c) siringhe o cucchiaini ci indicano invece che probabilmente è un tossicodipendente;

d) Trinitrina o Carvasin sono farmaci propri di un cardiopatico;

e) barbiturici (Gardenale) ci possono dire che il paziente soffre di disturbi neurologici (quali l'epilessia) oppure che è un tossicodipendente;

f) inalatori (Ventolin) sono posseduti da pazienti asmatici.

Non frugare mai tra le tasche. Aspettare le forze dell'ordine oppure che siano i parenti eventualmente presenti a farlo.

Esame secondario – analisi dei parametri vitali

Qui di seguito è riportato un utile vademecum utile per la disamina dei parametri vitali, da fare su una persona cosciente o incosciente, fatta assieme al colloquio.

Iniziamo l'analisi con 5 passi:

- 1) valutiamo la forza e la frequenza sia del battito cardiaco sia del respiro;
- 2) valutare la temperatura e il colorito della pelle, sul viso che sulle estremità, e la loro variazione durante la disamina;
- 3) guardare gli occhi e le pupille (non tentare però di aprire le palpebre se notiamo lesioni a queste o agli occhi stessi);
- 4) valutare la pressione arteriosa;
- 5) annusare se siamo in presenza di odori particolari provenienti dall'alito, dalla cute o dall'ambiente stesso.

L'esame dalla testa ai piedi

- 1) notare la presenza di ferite, fratture, deformità, ematomi, gonfiori e tutto quanto risulti anomalo;
- 2) cercare se ha un braccialetto di informazione medica;
- 3) rilevare la presenza di perdita di sangue o liquido trasparente dal naso o dalle orecchie, ematomi sulle occhiaie o sotto le orecchie (segni di una probabile frattura cranica);
- 4) controllare la sensibilità e la motilità degli arti, tramite palpazione o leggeri pizzicotti. Chiedergli se riesce a muovere la parte non lesionata.
- 5) La palpazione va fatta non tanto sulla parte visibilmente lesa, ma su zone che sembrano intatte;
- 6) Sentire se i polsi distali (radiale, tibiale, dorso del piede) pulsano in prossimità degli arti lesionati;
- 7) In caso di BLS, scoprire completamente il torace e in casi gravi tagliare i vestiti (meglio se il paziente ci da il suo assenso);
- 8) Se respira a fatica, scoprire il torace alla ricerca di probabili ferite o per vedere se presente un'espansione non normale della gabbia toracica;
- 9) Notare la presenza di incontinenza degli sfinteri;
- 10) Se troviamo una lesione, non fermiamoci lì. Proseguire l'indagine per constatare che non ve ne siano altre.

SCHEMA RIEPILOGATIVO DEI SEGNI PRESENTI CON LA PROBABILE PATOLOGIA

SEGNI	PATOLOGIA COLLEGATA
Polso	
Assente alla carotide	Arresto cardiaco
Assente ad una sola estremità	Occlusione o lesione dell'arteria
Assente in tutte le estremità ma non nella carotide	Shock in stato avanzato
Lento, pieno	Ictus o trauma cranico
Rapido, pieno	Stress, paura, ipertensione, emorragia interna, shock in fase iniziale, colpo di calore
Rapido, debole	Shock in stato avanzato
Respiro	
Assente	Arresto respiratorio
Rapido, superficiale	Shock, colpo di calore in stato avanzato
Profondo, faticoso, rumoroso	Ostruzione parziale delle vie aeree, lesioni o malattie polmonari
Tosse e sangue schiumoso	Trauma toracico, lesioni polmonari
Pressione sanguigna	
Alta	Ipertensione cronica, lesioni cerebrali, dolori gravi, astinenza da eroina
Bassa	Ipotensione cronica, shock, overdose da eroina
Temperatura e umidità cutanea	
Fredda, umida, appiccicosa	Shock, attacco cardiaco
Fredda, secca	Esposizione al freddo
Calda, secca	Colpo di calore, febbre
Calda, umida	Malattie
Colore della pelle	
Rossa	Ipertensione, colpo di calore, ustione, intossicazione da CO
Pallida	Shock, attacco cardiaco, congelamento, assideramento
Bluastro	Insufficienza o arresto respiratorio, alcuni tipi di avvelenamenti
Giallastro	Malattia epatica
Pupille	
Dilatate, non reagenti alla luce (Midriasi)	Arresto cardiaco, shock, morte, crisi di astinenza da eroina in stato di agitazione
Ristrette (Miosi)	Danni nervosi, assunzione di eroina
Diverse tra loro	Ictus, traumi cranici
Paralisi o insensibilità	
Di un solo arto	Lesione di un nervo o di un vaso sanguigno
Di un lato del corpo	Ictus, lesione cranica
Da un punto in giù	Lesione vertebrale e del midollo
Odori	
Di acetone nell'alito	Coma diabetico, vomito o diarrea prolungati
Di alcool	Intossicazione da alcool
Di solventi	Ingestione di solventi
Di urina o feci sul corpo	Lesione vertebrale, trauma cranico, epilessia con permanenza prolungata sul posto
Di carne bruciata	Ustione o folgorazione
Di gas o sostanze particolari nell'ambiente	Possibile pericolo per noi soccorritori

Se è un bimbo:

- 1) parlargli in modo semplice;
- 2) fargli pochissime domande;
- 3) informarlo che i genitori (se non presenti) verranno chiamati subito;
- 4) sorridere sempre e fargli qualche giocattolo di fortuna (il guanto di autoprotezione che gonfiato diventa un pesce...);
- 5) stabilire un contatto fisico e, se non ha subito traumi, prenderlo in braccio;
- 6) informarlo sul cosa faremo.

Se è un anziano:

usare molto tatto e convincerlo di prestargli cura e tutto quanto si renda necessario.

Se è sordo:

chiedergli se è in grado di leggerci le labbra (facendolo a gesti). In caso affermativo, comunicare sempre standogli davanti e non avere il sole alle spalle.

In caso negativo comunicare coi gesti o con bigliettini.

Se è cieco:

mantenere costantemente un contatto fisico o verbale. Spiegare cosa si sta facendo e cosa sta succedendo attorno a lui. Se riesce a camminare, precederlo e spiegargli dove sono gli ostacoli.

Se è straniero:

comportamento analogo a quello tenuto con un sordomuto. Proviamo a chiedergli la nazionalità con la pronuncia di varie nazioni.

Se ha subito un crimine:

- 1) non correre rischi e non affrontare i criminali;
- 2) quando chiamiamo il soccorso avanzato, specifichiamo che è successo un crimine;
- 3) nell'intervenire, non alterare la scena del delitto. Se dovessimo compiere azioni di soccorso inderogabili, annotare i principali dettagli (ricordarsi. Basta quello. In certe situazioni non si ha il tempo di annotare... ndr). Il testo riporta anche che andrebbe segnato sul terreno tramite gessetti o sassolini le sagome dei corpi e degli oggetti spostati.
- 4) Aspettare sempre l'arrivo delle forze dell'ordine prima di lasciare il luogo del fattaccio.
- 5) In caso di violenza sessuale, mettere a proprio agio la donna assicurandola della riservatezza delle informazioni e suggerirle di non lavarsi o fare tutto quanto possa cancellare le prove.

Tentato suicidio (TS)

- 1) allertare il 118 specificando il gesto di TS. Secondo l'attuale normativa, è la centrale operativa sanitaria che poi allerta le forze dell'ordine.
- 2) Se la persona è armata, evitare movimenti bruschi (potrebbe usarla verso di noi o verso ella stessa);
- 3) Far parlare l'aspirante suicida, stando sempre a distanza di sicurezza e senza mai minacciarlo di usare la forza. Osservare l'ambiente e rilevare subito quali sono le vie di fuga nostre e dell'altro di peggioramento della situazione.
- 4) Non mostrarsi ansiosi nel dissuaderlo, evitare frasi tipo "la vita è bella" ma nemmeno mostrare indifferenza o cinismo;
- 5) Non chiedere direttamente le ragioni del gesto: se è un tentato suicidio, la persona mette in atto questa sceneggiata per chiedere aiuto e attirare l'attenzione su di sé. Sarà egli stesso a dirle, quando i tempi saranno maturi.
- 6) Dimostrarsi interessati quando ci spiega le ragioni ed evitare però di contraddirlo;
- 7) I giudizi vanno fatti solo se ce lo chiede, e comunque sempre in forma dubitativa ed interlocutoria ("secondo il mio modesto parere ecc ecc.");
- 8) Chiedere se dobbiamo riferire qualcosa a qualcuno, se non parla in modo spontaneo;
- 9) Facciamolo sentire a suo agio, cercando di sviare il discorso su argomenti lontani dal motivo per cui sta tentando quel gesto, prendendo spunto da particolari riferiti durante le conversazioni (nota personale: stare molto attenti però, specie quando parla di familiari o di partner. Stare più sul generico: se ci riferisce che è di una regione o stato lontano dal nostro, chiedere com'è la sua terra, ad esempio);
- 10) Allontanare o evitare di far entrare in scena quelle persone verso le quali il potenziale suicida prova risentimento, rancore o sono in qualche modo collegate con la natura del gesto suicidario da egli messo in atto. Il loro ingresso o permanenza va attuato solo dietro diretta richiesta del paziente.

CAPITOLO 4

EMERGENZE RESPIRATORIE

Definizioni:

- **insufficienza respiratoria**: riduzione della funzione respiratoria fino al punto in cui l'ossigeno inalato è insufficiente a mantenere in vita la persona;
- **dispnea**: respirazione faticosa;
- **soffocamento**: quando un ostacolo va ad ostruire le vie respiratorie, impedendo così il flusso di aria nei polmoni. Il soffocamento può però anche indicare la mancanza di ossigeno nell'ambiente circostante;
- **arresto respiratorio**: completa interruzione dei movimenti respiratori. Può essere la conseguenza dei punti sopra esposti o avere altre cause (arresto cardiaco o neoplasia in stato avanzato, ad esempio);
- **anossia**: completa interruzione dell'afflusso di ossigeno ai tessuti, la quale ne provoca prima la sofferenza e poi la morte degli stessi.

CAUSE DELLE EMERGENZE RESPIRATORIE

Alterazioni dell'aria respirata

Ambiente chiuso	In quanto scarseggia l'ossigeno
Alta quota	Aria rarefatta
Ambienti dove una fermentazione o reazione chimica produce anidride carbonica (CO ₂)	Non velenosa, ma va a escludere l'ossigeno presente
In presenza di gas velenosi	<i>Irritanti</i> (ammoniaca); <i>asfissianti</i> (CO ₂), <i>tossici</i> (monossido di carbonio, CO); <i>vapori tossici di liquidi volatili</i> (trielina); <i>polveri</i> (talco, derivati da scavi)

Ostruzione delle vie aeree (soffocamento)

Lingua afflosciata	Nel caso di persona incosciente e supina
Traumi	Del volto, della bocca o della trachea
Corpi estranei	Cibo, protesi dentarie...
Liquidi	Sangue, vomito, acqua...
Terra o neve	In caso di seppellimento
Edemi della bocca o della glottide	Dovuti a reazioni allergiche

Impedimenti nei polmoni

Annegamento	Alveoli polmonari invasi d'acqua
Edema polmonare	Alveoli polmonari invasi da liquido sieroso, causato da problemi cardiaci, fumi bollenti, ecc.
Bronchite	Infiammazione dei bronchi, parzialmente riempiti di muco
Polmonite	Infiammazione degli alveoli polmonari. L' <i>ab ingestis</i> è la presenza di vomito nei polmoni
Contusione polmonare	Emorragia polmonare provocata da trauma
Ustione polmonare	Provocata dall'inalazione di fumi caldi o irritanti

Traumi toracici

Frattura di coste	Respirazione superficiale e poco efficace dovuta al dolore sentito coi movimenti respiratori
Pneumotorace (PNX)	Lacerazione della pleura, che comporta uno sfiato dell'aria dai polmoni e il relativo sgonfiamento degli stessi

Alterazioni dei muscoli respiratori

Tetano, poliomielite, botulismo	Patologie paralizzanti i muscoli respiratori
Farmaci o veleni paralizzanti	Curaro, ad esempio
Folgorazione	Uno dei possibili effetti della stessa è proprio la paralisi della muscolatura

Alterazione dei centri nervosi comandanti i movimenti respiratori

Anossia prolungata	Dovuta a tutte le cause precedenti
Ictus	Alterazione anomala della circolazione sanguigna cerebrale
Arresto cardiaco	L'arresto respiratorio lo segue sempre a distanza di pochi secondi
Traumi cranici o delle prime vertebre cervicali	Possono andare a coinvolgere i centri nervosi di regolazione del respiro, con effetto immediato o ritardato
Farmaci, veleni o droghe	Barbiturici, eroina, alcool
Idrocuzione	Sincope improvvisa dovuta all'immersione in acqua fredda

Quadri tipici di insufficienza respiratoria

In caso di persona cosciente, la persona può presentare:

- 1) agitazione e fame d'aria, con la tendenza a stare seduto;
- 2) rumori respiratori insoliti, respiro russante, gorgogliante, gracchiante, sibilante;
- 3) respirazione faticosa con l'uso dei muscoli del collo.

Sintomatologia meno appariscente, frequente se la persona è incosciente:

- a) movimenti del torace minimi e non uniformi;
- b) movimenti respiratori limitati all'addome (può indicare una probabile frattura costale o vertebrale);
- c) respirazione lenta, veloce o superficiale;
- d) colorito cianotico o pallido della cute, la quale risulta spesso esser anche sudata.

Soccorso in paziente con insufficienza respiratoria

Se la persona è cosciente:

- offrirgli aiuto per mettersi seduto, mai sdraiato!;
- allargargli gli abiti stretti.

Se la persona è incosciente:

- verificare la pervietà delle vie aeree;
- metterlo in PLS;
- se in PLS peggiora, giriamolo supino (pancia in su), iperestendiamo la testa e giriamolo solo per far defluire il vomito;

In caso di presunta frattura della colonna vertebrale o al bacino, muovere il paziente con precauzione e SOLO dopo avergli messo il collare cervicale!

IN OGNI CASO LA PERSONA VA OSPEDALIZZATA

Soccorso in paziente con soffocamento da corpi estranei

In caso di ostruzione parziale, incoraggiare il paziente a tossire.

In caso di ostruzione totale, incoraggiarlo a tossire, guardarlo in gola e iniziare la manovre di Heimlich (5 percosse sulle scapole e 5 compressioni addominali). Mettere in previsione che il paziente quasi sicuramente andrà in arresto, quindi accompagnarlo nella caduta a terra e iniziare il BLS.

Soccorso in paziente asmatico

Far sedere il paziente su una sedia e con i gomiti sul tavolo; aiutarlo ad assumere un broncodilatatore. In caso di paziente aritmico, questa somministrazione va fatta solo dopo aver sentito il 118.

Soccorso in pneumotorace (PNX)

Creare una **valvola Flutter** sulla ferita (medicazione chiusa sui 4 lati e aperta su un angolo, fatta con cellophane o materiale simile e cerotto. Serve a far espellere l'aria durante l'espirazione ma non a farla entrare durante l'inspirazione) oppure chiuderla con una mano mentre la persona inspira e rilasciarla mentre espira.

Se la persona è cosciente, metterla semiseduta col lato ferito posto leggermente verso il basso. Se incosciente, va messa in PLS col lato ferito verso il basso.

Qualora fosse presente nel torace un oggetto conficcato, sigillarlo il più possibile di modo che non si possa muovere.

Soccorso in edema polmonare

I sintomi dell'edema sono i seguenti:

- a) respirazione gorgogliante, difficoltosa, frequente e superficiale;
- b) il paziente, oltre ad esser agitato, chiederà ossigeno, aprirà le finestre e starà seduto;
- c) polso frequente;
- d) schiuma bianca o rosata dalla bocca;
- e) pelle sudata e fredda;
- f) volto all'inizio pallido, poi cianotico.

La persona va soccorsa così:

- 1) chiamando il 118;
- 2) tranquillizzandola;
- 3) farlo sedere, mai sdraiare;
- 4) dare ossigeno;
- 5) praticare il salasso bianco (mettere 3 lacci non eccessivamente stretti in prossimità degli arti. Ogni 10 minuti si sfila un laccio, lo si mette sull'arto rimasto senza e via così fino all'arrivo in ospedale o dei soccorsi avanzati. È utile in quanto richiama il sangue agli arti togliendolo dai polmoni)

Soccorso in arresto respiratorio.

Praticare il BLS. Ricordarsi che in presenza di circolo ma non di respiro va fatta un'insufflazione non troppo forte ogni 6 secondi. Ogni minuto si rivaluta.

CAPITOLO 5

EMERGENZE CARDIACHE

Premessa: il dolore toracico è tipico delle cardiopatie, e quindi quasi sempre sintomo d'infarto. Evitiamo diagnosi e teniamo ben presente che paura, la relativa agitazione e tutti gli sforzi fisici non fanno altro che peggiorare la situazione.

- 1) assecondare e tranquillizzare il paziente;
- 2) evitare qualsiasi tipo di sforzo fisico. Trasportarlo con sedia o barella, mai farlo camminare;
- 3) se è cosciente, far scegliere al paziente la posizione per lui più comoda (si metterà quasi sicuramente semiseduto);
- 4) ospedalizzarlo il prima possibile e senza indugiare. Non mettergli agitazione, non trasmettergli che siamo noi agitati.
- 5) Somministrare ossigeno;
- 6) a monte di tutto questo, preallertare il 118.

Segni di allarme di un Arresto Cardiaco:

- dolore al centro del torace o della mandibola, alla gola e simile al mal di stomaco;
- difficoltà di respirare o senso di debolezza;
- nausea, vomito, sudorazione;
- i sintomi sopra elencati si presentano assieme e possono comparire sotto sforzo oppure a riposo, nonché sotto vari gradi di intensità.

BLS. Nuovo protocollo operativo (sequenza 30:2)

Valutare la sicurezza della scena e solo dopo avvicinarsi; meglio se si entra presentandosi ("118, Croce Rossa"...). Si scuote leggermente e si chiama il paziente.

Se non risponde, si chiama il collega ad alta voce facendosi portare il DAE coi relativi presidi (pallone ambu, ossigeno, cannula di Guedel. O semplicemente lo zaino d'emergenza col bombolino e il defibrillatore).

Se ci trovassimo in una situazione in cui non siamo in servizio, valutato lo stato d'incoscienza della persona si chiede aiuto e si fa chiamare il 118.

Nel mentre che il collega arriva, posizioniamo il paziente su un piano rigido, lo si allinea e gli si scopre completamente il torace.

Se ci dovessimo trovare su terreni disastriati o non sicuri (quali sabbia, neve, sotto un acquazzone, ecc.), prima di posizionare ed allineare la vittima, la si porta in sicurezza o si fa in modo di isolarla in qualche modo dal terreno (può esserci d'aiuto la spinale – asciutta! – o altri presidi specifici in dotazione ai mezzi di soccorso del posto. Nelle località balneari usano un blocco di plastica che isola mezza schiena, ad esempio).

Passiamo quindi all'iperestensione del capo (*da non fare MAI in caso di trauma*) e al sollevamento del mento, si valuta la pervietà delle vie aeree, inseriamo la Cannula di Guedel (che va omessa SOLO in presenza di riflessi esofaringei. Negli altri casi va messa SEMPRE) e procediamo col GAS.

NOTA: in presenza di ostruzione delle vie aeree, valutiamo come disostruirle. In caso di supporti, quali dentiere, toglierli solo se già parzialmente staccati. In caso di liquidi quali vomito o sangue, aspirarli fino ad una profondità di pochi centimetri (2 o 3 di solito).

Se presente altro materiale (tipo una caramella) la mossa più consigliata è quella di ruotare il capo e farla cadere fuori. Le dita in bocca al paziente rappresentano un rischio: cerchiamo di ricorrere a questo metodo il meno possibile.

ALTRA NOTA: quando stiamo per inserire la Guedel, iperestendiamo bene il capo del paziente. Se questo non è iperesteso bene, si rischia un reflusso gastrico al momento dell'inserimento.

Riguardo invece alla sublussazione della mandibola: farlo solo se ci sente in grado di farlo. Nel dubbio, evitare.

Posizioniamoci chini sopra la testa del paziente, mettiamo due dita sul collo in prossimità delle arterie carotidi, e per DIECI secondi osserviamo se respira, se ha battito o se il torace od altre parti del corpo si muovono (MO-TO-RE).

Il collega nel mentre ci avrà portato il necessario (ambu, DAE) ma NON apriamo il defibrillatore se non abbiamo appurato prima la mancanza di circolo.

Terminato il GAS con esito negativo, ALLERTARE IMMEDIATAMENTE IL 118 e chiedere l'uso del defibrillatore. Iniziare immediatamente la Rianimazione Cardiopolmonare per DUE minuti circa (cioè CINQUE CICLI):

verranno quindi eseguite 30 compressioni toraciche e 2 ventilazioni (mai troppo profonde. Scordiamoci la tecnica imparata con il vecchio protocollo. In questo caso le ventilazioni andranno fatte moderate). Questo inizialmente per 5 volte.

Scordiamoci pure la ricerca con una mano del punto di repere nella compressione:

la mano andrà posizionata al centro del torace sulla linea immaginaria che collega i due capezzoli.

[Nota dell'autore. La sequenza sopra riportata è relativa al corso di BLS-D. Se non avessimo il defibrillatore a portata di mano, la RCP va fatta per 2 minuti, poi si rivaluta. **Si prosegue fino all'arrivo dell'ALS, alla ripresa del battito oppure allo sfinimento dei soccorritori.**

In caso di ripresa del ritmo cardiaco e del respiro (ma non dello stato di coscienza), mettere il paziente in PLS e monitorarlo.

Il BLS può venir fatto anche da soli. Secondo le nuove linee guida dell'IRC – l'organo che supervisiona e diffonde il protocollo internazionale del BLS – la compressione toracica può venir fatta sia lateralmente che stando alla testa del paziente]

Quando non fare il BLS

- 1) macchie ipostatiche;
- 2) decomposizione tessutale o carbonizzazione;
- 3) rigor mortis;
- 4) protratta sommersione in acqua (episodio accertato da testimoni o 115);
- 5) decapitolazione od altre lesioni compatibili con la vita.

Va invece fatto anche se in presenza di midriasi (pupille grandi, presenti dell'arresto cardiaco), anomalia della temperatura corporea, l'età apparente oppure se ha un aspetto cadaverico (in quanto può comunque esser vivo).

È il BLS praticato su lattanti e bambini. Il lattante va da 0 a 1 anno, il bimbo dal primo anno di età all'8°.
Si seguono ancora le vecchie linee IRC (quindi con le 5 insufflazioni prima di cominciare il massaggio cardiaco).

La procedura rimane analoga a quella del BLS:

A – B – C (Airway, Breathing, Circulation).

Constatata l'incoscienza del piccolo, chiameremo il 118, andremo a controllare la pervietà delle vie aeree e cominceremo col GAS per vedere se ha respiro. Qualora ci fosse qualcosa che ostruisce le vie aeree, praticare le *manovre di disostruzione* (nei lattanti 5 colpi infrascapolari tenendo il piccolo sull'avambraccio sinistro seguite da 5 compressioni toraciche fino a quando il bimbo non diventa incosciente; nei bimbi il ritmo è lo stesso, soltanto che va applicata l'Heimlich).

Se il bimbo respira ma non ha circolo, metterlo in PLS (nel lattante va mantenuta la pervietà delle vie aeree e mai messo in PLS. Che va evitato anche nei bambini che hanno subito un trauma).

Se il bimbo non respira effettuare 5 insufflazioni, fatte però in modo lento e con tempo d'inspirazione ed espirazioni uguali. Se respira, mantenerlo con 20 insufflazioni al minuto (1 ogni 3 secondi), nel quale il circolo va rivalutato ogni minuto.

Se non respira, si valuta il circolo (nel lattante sentirlo dall'arteria brachiale, nel bimbo dalla carotide).

Se il circolo manca, **iniziare la RCP con frequenza di 5 compressioni alternate ad 1 ventilazione, il tutto per 20 cicli**. Dopo si rivaluta il polso. L'IRC stabilisce 3 modi per rivalutare il circolo:

- 1- dopo il primo minuto di RCP;
- 2- ogni 3 minuti finché è assente l'attività cardiocircolatoria e dobbiamo proseguire con le compressioni toraciche e le insufflazioni;
- 3- se stiamo sostenendo solo il respiro, la rivalutazione va fatta ogni minuto e ogni 3 va rivalutato circolo – respiro – coscienza.

Precauzioni:

- le compressioni nel lattante vanno fatte con medio e anulare sullo sterno, nel bimbo con una mano sola (l'altra tiene fermo il capo);
- stare attenti a non iperestendere troppo il capo;
- la scelta della RCP con una o due mani va fatta anche in relazione alla grandezza del bimbo. Esistono bambini di 8 anni con una corporatura da adulto, e bimbi di 2 anni ancora fisicamente piccoli e non idonei alla compressione con una mano.
- Scandire bene le compressioni, le insufflazioni e comunicare tra soccorritori ("...al prossimo ciclo, cambio!..."). Il leader è quello che ventila, ricordiamocelo.

La RCP termina quando i soccorritori sono sfiniti, arriva l'ALS o il circolo riprende.

CAPITOLO 6

SHOCK ED EMORRAGIE

Come riconoscere uno shock

(situazione in cui si ha una diminuzione dell'irrorazione sanguigna ai tessuti):

- 1) agitazione oppure apatia;
- 2) pelle pallida, fredda e sudata. Labbra e mucose bluastre;
- 3) polso molto rapido e poco marcato (filiforme). In questi casi il radiale non può essere percepito, ragion per cui dovremo andare a cercare quello femorale o quello carotideo;
- 4) bassa pressione arteriosa;
- 5) respiro rapido e superficiale;
- 6) sete intensa.

Ogni shock è una situazione grave e progressiva la quale, se lasciata sé, porta all'irreversibilità ed alla morte (nelle migliori delle ipotesi al coma).

Segue sempre 3 momenti (fasi):

- a) **shock compensato**. L'organismo tenta di non far peggiorare la situazione, facendo aumentare il battito del cuore, respira più rapidamente, il sangue viene inviato al circuito vitale «cervello-cuore-polmoni» a scapito dei muscoli e della pelle. La persona tende ad agitarsi.
- b) **Shock conclamato**. La perdita di sangue è stata massiccia, e l'organismo tenta di rimediare il rimediabile. È il momento in cui il soccorritore riconosce lo stato di shock. Il cuore batte sempre più rapidamente (senza però riuscire a mantenere lo stato di pressione idonea), la respirazione accelera ancora di più (dovuto al fatto che cresce il livello di CO₂ nel sangue, ma non si riesce più ad espellere correttamente), la pelle diventa sempre più fredda, pallida e umida. I tessuti, privati di ossigeno, liberano nel flusso sanguigno sostanze di scarto, andando a sommare in negativo gli effetti della mancanza di questo. La persona diventa sempre più sonnolenta e confusa.
- c) **Shock in fase finale**. La persona entra in coma; respiro e battito rallentano fino a fermarsi del tutto.

Gli shock hanno delle piccole differenze tra loro:

In quello neurogeno il cuore batte lentamente;

in quello anafilattico si assiste alla formazione di più edemi e gonfiori;

in quello settico la pelle rimane calda.

Lo shock si può distinguere in 3 grandi classi derivanti dalle cause che lo determinano:

- 1) **shock ipovolemico assoluto**, dato dalla diminuzione della massa di sangue in circolo causata dalla perdita di liquidi:
 - sangue, per emorragie (detto anche shock emorragico);
 - plasma, per edemi, ustioni, schiacciamento;
 - acqua ed elettroliti, per disidratazione (sudore, vomito, diarrea).
- 2) **shock ipovolemico relativo**, dovuto alla dilatazione delle arterie, le quali non vengono più irrorate correttamente dal sangue in circolo:
 - *shock neurogeno*: dovuto a traumi cranici, traumi spinali, farmaci o stress;
 - *shock anafilattico*: dovuto a reazioni allergiche;
 - *shock settico*: dovuto ad infezioni.
- 3) **shock cardiogeno**, dovuto ad una ridotta capacità del cuore di pompare il sangue in circolo. Anche qui, elencabili in 3 subcategorie:
 - infarto;
 - embolia polmonare;
 - scompenso cardiaco grave.

Primo soccorso nello shock

- 1) eliminare se possibile la causa dello shock (fermando l'emorragia, se presente);
- 2) tranquillizzare l'infortunato (essere molto convincenti!);
- 3) evitare da un lato la dispersione di calore e dall'altro evitare di riscaldarlo troppo.
- 4) Non dare niente da bere. Potrebbe perdere conoscenza e vomitare.
- 5) Metterlo in posizione antishock (persona stesa a terra con gambe alzate di 30-45°).

Se le gambe non possono essere sollevate, alzargli le braccia.

Con persona incosciente, creare una posizione a metà tra la PLS e l'antishock, tentando di sollevargli le gambe quanto più possibile.

Controindicazioni alla posizione antishock:

- I) trauma cranico;
- II) infarto, angina;
- III) dispnea.

Suddivise in emorragie
esterne (visibile sia il sangue che ne esce che la ferita),
interne (sangue e lesione non visibili)
ed **esteriorizzate** (vediamo il sangue fuoriuscire da aperture naturali, quali naso o bocca).

La lesione di qualsiasi vaso da inizio alla coagulazione, cioè la formazione di una massa di sangue indurito che va a chiudere la ferita.

Suddivise poi:

- **emorragie capillari**: col sangue che esce goccia a goccia e che spesso cessano facendovi scorrere sopra acqua fredda;
- **emorragie venose**: il sangue esce in modo continuo dai bordi della ferita. Questa può aver leso anche i capillari; la persona rischia che vengano risucchiate nelle vene dei corpi estranei o delle bolle d'aria;
- **emorragie arteriose**: il sangue esce a getti intermittenti, regolati dal battito del cuore, spesso schizzato all'esterno con forza. Il dissanguamento, nella peggiore ipotesi, è rapidissimo.

Soccorso nelle Emorragie Esterne

- 1) fermare la perdita di sangue;
- 2) evitare di provocare – e di contrarre – infezioni;
- 3) prevenire lo shock.

A prescindere delle tecniche che andremo ad usare (vedi sotto), ricordiamoci anche di:

- a) evitare il contatto diretto con il sangue del paziente;
- b) tenere sollevata rispetto al corpo la parte ferita;
- c) mettere in posizione antishock il paziente, copriamolo e non diamogli da bere.

Le 4 tecniche fondamentali per fermare un'emorragia

- 1) **Compressione diretta**: va fatta esercitando una pressione diretta sulla ferita, magari con una garza o un fazzoletto pulito. Se ci fosse un corpo estraneo, premere sui due lati della ferita con i pollici. Questa tecnica ferma quasi tutte le emorragie.
- 2) **Fasciatura compressiva**: usata per mettere un tampone sulla ferita. Il tampone è fatto di cotone o stoffa, la garza sterile va messa a contatto con la ferita e la benda serve a tenere il tampone in loco. Benché sia più lunga da fare rispetto alle altre tecniche, svincola l'impegno del soccorritore sull'emorragia dopo averla fatta. Ricordarsi di non metterla così stretta da interrompere la circolazione.
- 3) **Compressione indiretta**: applicabile solo agli arti e sulla testa. Ferma tutte le emorragie, anche se è indicata solo per quelle più massive e richiede la conoscenza dei punti di compressione (vedi sotto). Risulta inefficace quando in prossimità dell'emorragia c'è un osso fratturato, non abbiamo con noi guanti in lattice o altre protezione oppure l'emorragia è troppo forte per esser arrestata. Non va mai tenuta per più di 10 minuti. È bene applicare prima questa tecnica e poi una medicazione compressiva.
- 4) **Laccio emostatico**: tenere questa tecnica come ultima possibilità, in quanto mette a forte rischio di ischemia il paziente. Va fatto con un oggetto idoneo (cintura, cravatta, triangolo di stoffa), va scelta poi la posizione dove metterlo (sempre a monte della ferita e solo su parti dell'arto dove sia presente un osso unico), va applicato seguendo il sistema "a bocca di lupo", va segnata l'ora in cui è stato messo, il paziente va in posizione antishock e ospedalizzato con urgenza. L'emostatico non va mai rimosso né allentato!

Arteria temporale e facciale. *[Emorragie sul cuoio capelluto o viso]*

L'arteria temporale passa davanti alle orecchie. La facciale invece sull'angolo della mandibola. Non premere l'arteria carotide dato che si rischia un'ischemia cerebrale.

Arteria succlavia. *[Emorragie sulla spalla o amputazione del braccio]*

Si trova mettendo le dita nella cavità dietro la clavicola. Il paziente dovrà stare seduto e tenere la spalla leggermente in avanti. Risulta essere un punto alquanto difficile da trovare e alquanto doloroso per il paziente. L'arteria va premuta contro la prima costa.

Arteria ascellare. *[Emorragie alle braccia]*

Va trovata facendo sollevare al paziente il braccio e compressa con i nostri due pollici affiancati.

Arteria omerale. *[Emorragie alle parti terminali del braccio]*

Comprimerla contro l'omero premendo sul lato interno del braccio, tra l'incavo di bicipite e tricipite. Torciare i tessuti verso l'alto.

L'arteria omerale dell'avambraccio va premuta con i pollici nell'incavo del gomito.

Arteria femorale. *[Emorragie alle gambe]*

La femorale inguinale va premuta con tutto il pugno della mano sul paziente disteso e su piano rigido. Si trova a metà della piega della gamba.

La femorale cosciale invece si trova nella faccia interna della coscia, in corrispondenza della cucitura dei pantaloni.

Arteria poplitea. *[Emorragia parti terminali delle gambe]*

Analoga alla compressione dell'ascella e del gomito, ma va fatta dietro al ginocchio. A differenza delle femorali, la compressione si fa con i pollici.

Riconoscere in tempo i sintomi e far arrivare in vita il paziente all'ospedale.

Le emorragie interne massive dentro gli arti si deducono dal gonfiore e dal colore della parte.

Le emorragie interne massive del tronco si deducono dall'insorgere dello shock, in particolare quando il paziente è visibilmente pallido con le estremità fredde e violacee, la coscienza è alterata, il polso che da rapido diventa impercettibile, la vista si oscura e ha sete violenta.

Sebbene anche gli ematomi e le emorragie intracraniche rientrino in questa tipologia, esse verranno trattate più avanti, in quanto non provocano shock emorragico.

- 1) porre l'infortunato in posizione antishock;
- 2) se sono emorragie interne localizzate agli arti, steccarli o fasciarli prima che si gonfino;
- 3) tranquillizzare continuamente l'infortunato;
- 4) mantenere pervie le vie aeree se questo è incosciente;
- 5) monitorare continuamente i parametri vitali;
- 6) ospedalizzare con estrema urgenza.

Tipo e soccorso delle emorragie esteriorizzate

Tipo	Descrizione	Soccorso
Epistassi	Sangue dal naso	Volto in avanti, far soffiare il naso delicatamente, comprimere per almeno 5 minuti le narici. Se perde ancora sangue dopo 10 minuti di compressione il paziente va ospedalizzato
Otorragia	Sangue dalle orecchie a seguito di traumi delle stesse o a fratture della base cranica	Non praticare la posizione antishock. Eventualmente girarlo in modo da far uscire il sangue. Ospedalizzare
Emottisi	Sangue rosso e schiumoso dalla bocca con colpi di tosse	Ospedalizzare in posizione semiseduta
Ematemesi	Sangue dalla bocca che esce col vomito	PLS, conservare il vomito ed ospedalizzare
Ematuria	Sangue dalle urine	Conservare dell'urina ed ospedalizzare. Non sollevare le gambe se si presume una frattura al bacino
Metrorragia	Perdita anomala del mestruo o dalla vagina	Se in gravidanza avanzata, mettere in PLS sul lato sinistro e con le gambe alzate. Negli altri casi metterla in posizione antishock ed ospedalizzarla
Melena	Perdita di sangue scuro dall'ano	Ospedalizzare
Rettorragia	Sangue rosso vivo dall'ano	Ospedalizzare

CAPITOLO 7

FERITE

Classificazione delle ferite

Abrasioni: strisciamento di un oggetto che va ad asportare i primi strati dell'epidermide.

Escoriazioni: analoghe alle abrasioni, soltanto che l'oggetto va a ledere il derma (lo strato interno della pelle. L'epidermide è quello esterno).

Ferite da punta: dovute ad un oggetto perforante che penetra nella cute.

Ferite da taglio: dovute ad un corpo tagliente. Hanno bordi netti e sono spesso molto sanguinanti.

Ferite lacere: dovute ad un oggetto non tagliente, che va a strappare cute e tessuti sottostanti.

Ferite lacero-contuse: dovute anche qui ad un oggetto non tagliente che va a provocare una lacerazione della pelle ed una rottura di vasi sanguigni sottocutanei (col risultato della successiva comparsa di ecchimosi o ematomi).

Ferite da arma da fuoco: dovute ad una scheggia o proiettile. Se questo attraversa il corpo, e ne esce, la ferita di uscita risulterà essere più grande di quella d'ingresso.

Gli effetti delle ferite sono quattro:

il dolore provocato,

la difficoltà a muovere la parte ferita,

l'emorragia,

le probabili infezioni.

La valutazione della gravità di una ferita

- 1) **l'estensione:** più è grande, più sarà grave la ferita;
- 2) **la profondità:** se molto profonda, dovremo sospettare delle lesioni agli organi più interni;
- 3) **la sede:** la localizzazione della ferita in vicinanza di qualche organo vitale;
- 4) **la presenza di corpi estranei:** solo quelli piccoli e non conficcati (terriccio ad esempio) possiamo toglierli. Gli altri vanno lasciati in loco;
- 5) **eventuali altre lesioni:** a seconda dell'insulto, questo può aver provocato anche altre lesioni – più o meno visibili – oltre alla ferita rilevata (trauma cranico, fratture varie...);
- 6) **lo stato di salute generale dell'infortunato:** la ferita va sempre messa in relazione ai soggetti (un taglietto in una persona emofilica provoca una forte emorragia...).

- a) fermare subito le emorragie massive;
- b) cerchiamo la presenza di altre lesioni, più urgenti o che potrebbero controindicare certi movimenti;
- c) non sollevare polvere né respirare sulla ferita;
- d) spostare o tagliare gli abiti che la ricoprono;
- e) coprire la ferita con compresse sterili o con panni ben puliti;
- f) salvo controindicazioni, mettere l'infortunato in posizione antishock.

Medicazione delle piccole ferite

- 1) lavarsi bene le mani o indossare guanti in lattice;
- 2) sciacquare abbondantemente la ferita con acqua corrente (o con soluzione fisiologica), procedendo dal centro di essa verso l'esterno. Lavarla meglio, sempre con acqua, aiutandoci con una garzetta sterile;
- 3) versare a getto del disinfettante. L'acqua ossigenata va bene per le ferite superficiali ma inutile per quelle profonde; inoltre va sempre abbinata all'uso di un disinfettante. Non usare mai alcool (in quanto deterge ed è dannoso per i tessuti) né disinfettanti colorati (perché nascondono il decorso della ferita);
- 4) ricoprire la ferita con una medicazione fatta di garze sterili. L'estensione della fasciatura dovrà essere maggiore di quella della ferita, dovrà essere fissata ai bordi per non far entrare sporcizia e non deve coprirla col cerotto.
- 5) Aggiungere un tampone con cotone idrofilo sopra le garze, ma mai a contatto con la ferita stessa;
- 6) Fissare la medicazione con un bendaggio (surgifix, fixmull o cerotti);
- 7) Controllare che la fasciatura non sia così stretta da comprimere la circolazione sanguigna;
- 8) Lavarsi le mani o cambiarsi i guanti.

Ferite particolari

Soccorso delle ferite addominali

Non togliere l'agente lesivo se è rimasto conficcato, non diamo da bere all'infortunato, sistemare una lunga medicazione sulla ferita e bloccarla con una fasciatura. Se il paziente tossisse, vomitasse o dovesse comunque essere girato in PLS, premere leggermente sulla fuoriuscita per evitare che i visceri fuoriescano.

Nel caso l'intestino fuoriuscisse, evitare di farlo rientrare, ricoprire i visceri con telini o garze inumiditi e non disinfettarli.

Durante il trasporto, mettere il paziente con le ginocchia leggermente sostenute in avanti (diminuiscono la tensione dei muscoli addominali e il dolore).

Soccorso delle ferite alla testa

In caso di ferita vistosa, mettere subito il collare cervicale e non tentare di comprimerla, non disinfettarla e non apriamola per esaminarla.

Se questa sanguina, tamponarla con della garza sterile comprimendola molto dolcemente usando il palmo della mano. Stare poi attenti che il sangue non entri nella bocca o nel naso: se vi fossero versamenti interni ematici, controllare se la persona riesce a scaricarli e metterla in PLS.

Soccorso delle ferite agli occhi

Non togliere l'agente lesivo (lenti a contatto comprese. Vanno lasciate lì) e non disinfettare la ferita. Porre una medicazione sterile sia sull'occhio ferito che su quello sano (meglio se l'infortunato tiene le mani davanti a sé), mantenere un contatto fisico per rassicurare la persona e per guidarla, quindi ospedalizzare.

Soccorso con oggetti conficcati

Togliere i vestiti attorno alla parte interessata con l'oggetto conficcato. In caso di emorragia comprimere ai lati della ferita o distanza mentre medichiamo. Premere delle garze attorno all'oggetto, senza però spingerlo in giù; fissarlo con le garze tramite fasciatura incrociata; circondarlo con un qualcosa che lo fissi ulteriormente nella posizione (ciambella di stoffa, bicchiere di plastica...) e immobilizzare la parte del corpo così medicata. Evitare di mettere sopra la medicazione oggetti o panni di peso, quali coperte, lenzuola, ecc.

Soccorso con soggetti impalati

Per definizione, l'impalamento si ha quando un soggetto viene trafitto da un oggetto molto grande o fisso. Non estrarlo dall'oggetto; sollecitare il soccorso tecnico (115); sostenere il peso della persona oppure dell'oggetto. Qualora dovessimo optare per un trasporto d'urgenza, l'oggetto va tagliato, lasciando il loco la parte conficcata.

Ricordiamoci che togliendo quest'oggetto si provocherebbe un'emorragia molto grave.

Le amputazioni

- 1) arrestare l'emorragia, andando a comprimere sul moncone o con le altre tecniche sopra descritte (laccio emostatico compreso). Cerchiamo di prevenire lo shock;
- 2) recuperare la parte amputata, senza lavarla né disinfettarla (danneggerebbe i tessuti);
- 3) mettere la parte amputata in un sacchetto di plastica pulito e poi chiuderlo ermeticamente;
- 4) avvolgere questo sacchetto in un altro sacchetto riempito di cotone o panno. Chiudere anche questo ermeticamente;
- 5) mettere i sacchetti in un contenitore in cui sarà presente del ghiaccio.
- 6) Ospedalizzare l'infortunato e la parte amputata.

I bendaggi constano nell'avvolgere una parte del corpo al fine di proteggere una zona ferita, sorreggere una medicazione, tamponare un'emorragia, bloccare certe lussazioni, distorsioni e fratture, comprimere le varicosità e le erniazioni.

Le fasciature sono dei bendaggi fatti con strisce di tessuto elastico o di garza; tali strisce hanno larghezza variabile (5 cm per le dita, il doppio per la spalla o il tronco).

Le fasciature vanno sempre fatte iniziare dalla parte prossimale dell'arto per arrivare alla sua parte più distale (più sottile). Nelle vene varicose invece è il contrario (si parte dal basso per arrivare in alto); nei morsi di vipera è mista (si parte in prossimità del morso, si scende verso il basso e si ritorna su).

Nelle fasciature di mani e piedi si parte la polso o dalla caviglia, si fa un "allungo" fino alle estremità e poi si sale coprendo fino al punto di partenza.

Nelle articolazioni, la garza va avvitata su se stessa in prossimità dell'incavo di queste, al fine di poter far muovere la parte ma senza perdere la fasciatura.

Un'ultima regola importante è che la fasciatura non deve essere troppo larga per non sciogliersi ma nemmeno troppo stretta da ostacolare l'articolazione. Arto freddo, formicolio, unghie viola sono segni che la circolazione non arriva più ai tessuti.

CAPITOLO 8

MORSI E PUNTURE DI ANIMALI

Sintomi di una puntura

Dolore pungente e prurito, gonfiore e arrossamento della zona colpita.

In caso di reazioni allergiche noteremo:

- debolezza, nausea, vertigini, shock anafilattico;
- gonfiore in tutta la parte del corpo, specie sul viso;
- difficoltà di respirazione (edema alla glottide).

Soccorso delle punture di api, vespe, bombi e calabroni

- 1) estrarre il pungiglione con un coltello;
- 2) lavare con acqua fredda e sapone;
- 3) disinfettare;
- 4) applicare ammoniacca (amuchina);
- 5) bendare la parte.

Qualora la *parte interessi la bocca*, far fare dei gargarismi con acqua ghiacciata o con una borsa ghiacciata sul collo, applicare sulla base della lingua un manico di cucchiaio o bastoncino di legno al fine di favorire la respirazione e trasportare velocemente in ospedale.

Per quanto riguardano *le zecche*, il loro distacco dalla parte avviene dapprima bagnando la parte con olio denso, solventi, etere o simili; aspettare alcuni minuti ed estrarla con una pinzetta. Osservare quindi se il rostro è ancora inserito nella cute; disinfettare bene il morso, le nostre mani e le pinzette.

Insetti quali *formiche nere, mantidi, cavallette, forbicine, cimici, formiche rosse, zanzare, pulci, pidocchi e tafani* sono portatori di morsi dolorosi o fastidiosi, ma non pericolosi.

Vipera. Riconoscimento del morso e soccorso

Il riconoscimento fisico di una vipera è abbastanza semplice: è lunga meno di un metro, ha la testa triangolare, la coda che si restringe bruscamente e ha gli occhi con la pupilla ellittica.

Il morso è caratterizzato dalla presenza dei due punti delle zanne velenifere, molto doloroso e la tumefazione susseguente.

Sintomatologia del morso di vipera

A livello locale si ha un dolore molto vivo nella sede del morso, seguito da arrossamento, cianosi, gonfiore e crampi.

A livello generale la persona presenterà (dopo circa mezz'ora - un'ora dal morso) cefalea, vertigini, vomito, diarrea, tachicardia, sudorazione, bassa pressione e difficoltà respiratorie.

Soccorso

- 1) sdraiare e tranquillizzare la persona;
- 2) rallentare la propagazione del veleno (tramite fasciatura o laccio. Col quest'ultimo però ricordiamoci ogni mezz'ora di allentarlo e spostarlo più a monte, segnando sulla cute queste mosse);
- 3) immobilizzare l'arto, come se fosse fratturato;
- 4) aspirare il veleno, possibilmente con siringhe (senza l'ago). Mai con la bocca;
- 5) lavare il morso con acqua ossigenata;
- 6) trasportare la persona in ospedale muovendola il meno possibile.
- 7) Non somministrare mai il siero antiviperico, anche se la persona lo porta con sé.

CAPITOLO 9

LESIONI TERMICHE (USTIONI, LESIONI DA CALDO E CONGELAMENTO)

Le ustioni possono esser distinte in 3 gradi di gravità:

1° grado: ustione superficiale. Zona lesa calda, arrossata e umida, con forti dolori, specie se al contatto. Danneggia l'epidermide, non il derma.

2° grado: ustione media. Zona lesa molto arrossata, con bolle e chiazze. Dolore intenso e parziale danneggiamento anche del derma.

3° grado: ustione profonda. Presenza di zone scure (carbonizzate), bianche (essiccate), oltre a bolle e chiazze. Danneggiamento di tutti gli strati della cute. Il dolore è provocato non tanto dalla gravità dell'ustione (nella zona centrale di questa le terminazioni nervose sono andate distrutte) ma dal fatto che le parti in prossimità di questa sono meno lese, e quindi con recettori del dolore ancora attivi.

La gravità dell'ustione dipende, oltre che dal grado, anche dalla localizzazione, dall'età e dalla condizione fisica dell'infortunato e dall'estensione/profondità della superficie ustionata.

La maggior gravità, a livello di localizzazione, si ha quando l'ustione è presente al volto, al torace, all'addome, alla schiena, ai genitali, alle natiche ed alle articolazioni.

I soggetti più a rischio sono i bimbi piccoli, gli anziani e le persone già debilitate.

Certi indumenti indossati, quali vestiti in fibre sintetiche e cotone, provocano ustioni più profonde. La lana invece non brucia facilmente e non si attacca alla pelle.

L'estensione dell'ustione va calcolata con la regola del 9 (testa, torace, addome, braccio sx, braccio dx, gamba sx, gamba dx, schiena parte alta, schiena parte bassa).

Soccorso sulle ustioni termiche

Raffreddare la parte, non aggravare le lesioni, prevenire shock ed infezioni.

- 1) eliminare la causa dell'ustione;
- 2) raffreddare subito e a lungo con getti di acqua fredda la parte lesa;
- 3) togliere gli abiti, ma non quelli a diretto contatto con la superficie ustionata;
- 4) non rimuovere le eventuali sostanze semisolide presenti (catrame), ma raffreddarle con acqua;
- 5) coprire la zona con garze sterili o con presidi appositi. In caso di ustione molto estesa, bagnare queste garze. Qualora invece dovessimo avvolgere l'ustionato in un lenzuolo, questo non va bagnato per non disperdere calore.
- 6) Se l'ustione è localizzata alle dita delle mani, dei piedi, alle ascelle o all'inguine, interponiamo delle garze bagnate per evitare il contatto tra le superfici adiacenti;
- 7) Se l'ustione è localizzata agli occhi, non aprire le palpebre ma raffreddare la parte con acqua e coprirli con un impacco umido;
- 8) Mettere in posizione antishock la persona e copirla. Stare attenti a non comprimere le zone lese;
- 9) Ospedalizzare il prima possibile.

Le cose da NON fare sono:

- a) non usare ghiaccio;
- b) non toccare la parte lesa con le nostre mani, non sollevare polvere, non parlarci o respirarci sopra;
- c) non applicare medicinali di nessun tipo;
- d) non forare le bolle provocate dall'ustione (flittene);
- e) non dar da bere nulla se il soggetto non è perfettamente cosciente.

Soccorso sulle ustioni chimiche

- 1) fare attenzione a pozze o schizzi di sostanze pericolose;
- 2) eliminare la sostanza con flussi di acqua corrente. Il flusso dovrà essere abbastanza forte da non ristagnare sulla pelle, ma non così violento da strapparla. Lo scorrimento dell'acqua deve avvenire in modo rapido e continuativo per almeno 20 minuti;
- 3) togliere gli abiti contaminati, compresi quelli a contatto con la pelle, e continuare a lavare la pelle lesa;
- 4) se in presenza di calce viva, eliminarla a secco. Solo dopo averla tolta lavare la parte in acqua corrente.
- 5) Se la causticazione avviene agli occhi, evitare che la persona si tocchi il volto. Lavare a lungo in acqua corrente, magari da un bicchiere: il flusso dovrà partire dall'angolo vicino al naso all'estremità del viso (in questa manovra coprire l'altro occhio con una mano). Se le palpebre sono chiuse e la sostanza è penetrata, aprirle delicatamente e lavare. Coprire infine con panno umido.

Lesioni da caldo

Sono quelle causate da un ambiente eccessivamente caldo, con forte sole o con sforzi prolungati sotto il sole.

La sintomatologia di una persona esposta al calore è data da sete intensa, sudorazione profusa, respiro frequente ed affannoso, cute calda, volto arrossato, torpore, cefalea, vertigini, nausea e crampi.

Soccorso su persona con malessere moderato da caldo

(Infortunato cosciente, sete, crampi, spossatezza, cefalea, vertigini, nausea, temperatura del corpo moderatamente alta)

- 1) porre la persona al fresco e all'ombra con la testa alta;
- 2) slacciare gli abiti stretti;
- 3) disporre impacchi umidi sul capo;
- 4) massaggiare e porre impacchi umidi sui muscoli dolenti;
- 5) spruzzare acqua fresca o ventilare l'infortunato;
- 6) facciamo bere molta acqua leggermente salata;
- 7) monitorarlo e valutare se i sintomi si aggravano.

Soccorso su persona con collasso di calore

(Pelle fredda e umida, polso debole, bassa pressione, respirazione frequente, malessere, crampi e possibile perdita di coscienza)

- 1) regolare la temperatura corporea (coprirlo leggermente o ventilarlo);
- 2) se è ben cosciente, far bere acqua leggermente salata;
- 3) porre in posizione antishock ed ospedalizzare.

Soccorso su persona con colpo di calore

(Pelle molto calda e secca, polso rapido e forte in un primo momento poi rapido e debole, respirazione che passa da profonda a superficiale, possibili crampi o spasmi muscolari, possibile perdita di coscienza. Inizio improvviso)

- 1) spogliare completamente il paziente, ventilarlo e metterlo in lenzuola che verranno mantenute bagnate;
- 2) se è ben cosciente, far bere acqua leggermente salata;
- 3) controllare e far scendere la temperatura. Mai però sotto i 38°. Se la temperatura scende troppo, cambiare lenzuola con uno asciutto, se sale il lenzuolo andrà bagnato;
- 4) monitorare le funzioni vitali e tenersi pronti al BLS;
- 5) ospedalizzare con massima urgenza.

Congelamento

Come per le ustioni, anche qui esistono 3 gradi di gravità:

1° grado: iniziale. Insorgenza lenta, la persona spesso non ne è consapevole; la pelle passa dapprima da rossa a bianca, perdendo sensibilità. A circolazione ripresa, la parte sarà dolorante.

2° grado: superficiale. La pelle – divenuta bianca – è irrigidita. Si formano delle bollicine contenenti del plasma con dei globuli rossi. I tessuti sottostanti sono ancora elastici.

3° grado: profondo. La pelle è bianca chiazzata di grigio o giallo. I tessuti sottostanti sono interamente irrigiditi, e si corre il rischio di spezzarli. Stanno andando in necrosi e con molta probabilità sono da considerarsi persi.

Soccorso del congelamento di 1° grado

- 1) muovere la parte colpita;
- 2) riscaldarla tenendola al riparo;
- 3) allentare tutto quanto stringe quella parte;
- 4) togliere e sostituire i vestiti bagnati.

Soccorso del congelamento di 2° e 3° grado

- All'aperto -

- 1) riscaldare la parte riparandola;
- 2) allentare tutto quanto stringe quella parte;
- 3) togliere con molta delicatezza i vestiti bagnati o copriamoli con diversi teli o sacchetti di plastica;
- 4) praticare un massaggio per favorire il ritorno venoso, partendo dalle parti lontane e avvicinandosi gradualmente alla zona colpita, senza però toccarla.

- Al coperto e isolati -

- 1) preparare un contenitore di acqua a 37°-40°;
- 2) mettere sul fondo del contenitore della plastica o della stoffa;
- 3) immergere la parte lesa, senza però farci pressione e che tocchi dolcemente col fondo del contenitore imbottito;
- 4) a riscaldamento completato (la parte diverrà rossa o blu, e molto dolorosa), asciugarla completamente e avvolgerla in garze sterili non strette, interdita compreso.
- 5) Tenere sollevare l'arto per ridurre il gonfiore;
- 6) Coprire la parte senza però farvi gravare il peso delle coperte.

Errori da evitare in questo tipo di soccorsi

- a) massaggiare la parte colpita con della neve;
- b) massaggiare direttamente sulla parte congelata;
- c) lasciare addosso gli indumenti bagnati;
- d) dar da bere alcoolici (favoriscono la perdita di calore!);
- e) riscaldare troppo la parte interessata;
- f) far regredire un congelamento quando sussiste la probabilità che questo ritorni a congelarsi.

Ipotermia

Detta anche “*assideramento*”, patologia interessante l'intero organismo, dovuta ad un'esposizione globale al freddo. Si distinguono 4 fasi (iniziale, intermedia, grave e finale), nelle quali il soggetto perde progressivamente coscienza, la temperatura corporea scende – nella fase grave – sotto i 27°, i battiti rallentano e giunge alla morte se non trattato.

Soccorso dell'ipotermia all'aperto

- 1) se la persona è cosciente, diamo lui da bere o da mangiare (qualcosa di energetico, come caramelle, cioccolata o caffè);
- 2) non fargli fare sforzi, né esercizi o massaggi;
- 3) non facciamolo addormentare;
- 4) togliere e sostituire i vestiti bagnati;
- 5) sfruttare come isolante materiale di fortuna (muschio, carta, fieno...) da inserire sotto i vestiti;
- 6) riscaldare la persona col nostro calore.

Soccorso dell'ipotermia in posti chiusi e coperti

- Se l'infortunato è nella fase iniziale o intermedia dell'assideramento -

- 1) riscaldarlo con moderazione. Un riscaldamento brusco potrebbe causargli uno shock;
- 2) somministriamo liquidi caldi, eccitanti e zuccherati (tè forte, caffè, cioccolata). Farlo bere lentamente al fine di non creare scompensi;
- 3) teniamolo a riposo ben coperto e in posizione antishock.

-Se l'infortunato è nella fase grave o finale dell'assideramento-

- 1) non cercare di riscaldarlo, nemmeno lentamente;
- 2) avvolgerlo in coperte, ospedalizzandolo urgentemente, in posizione antishock;
- 3) monitorare le funzioni vitali, tenendoci pronti al BLS;
- 4) in caso di arresto cardiaco, rianimarlo a lungo, fino a quando il soggetto è stato riscaldato fino alla normale temperatura corporea.

CAPITOLO 10

EMERGENZE ORTOPEDICHE E MUSCOLARI

Riconoscere le fratture

Vedere una frattura con i monconi ossei visibili, l'arto deformato o sentire un crepitio dato dai monconi quando la persona si muove sono segni tangibili che la frattura è presente.

Si può sospettare la presenza di frattura quando la persona prova un dolore violento e ben localizzato sulla parte lesa (la quale è incapace a muoverla), presenta ecchimosi e tumefazione e non sposta il proprio peso su questa.

La ricerca accurata di probabili fratture si compie seguendo questa prassi:

- 1) se necessario, togliere i vestiti, evitando però di sfilarli.
- 2) Notare visivamente la presenza di qualsiasi indizio (ematomi, ferite, deformità, gonfiori);
- 3) Far scorrere delicatamente le mani lungo il corpo al fine di percepire delle irregolarità;
- 4) In caso di dubbio, steccare una parte sana che non lasciar muovere una parte fratturata;
- 5) Al di là del risultato della ricerca, mettere in conto della possibilità di fratture vertebrali, usando tutte le precauzioni conseguenti.

Va ricordato inoltre che, una volta appurata la presenza della frattura (oppure siamo certi che vi sia), va controllato se la circolazione sanguigna è normale:

cercare le pulsazioni di un'arteria a valle della lesione, osservare il colore e la temperatura dell'arto potenzialmente fratturato e il riempimento capillare (premere un'unghia e vedere in quanto tempo riprende colore) sono metodiche per fare questo.

Primo soccorso nelle fratture

- 1) sconsigliare al paziente di muoversi o alzarsi se non dopo che questi movimenti aggravino il suo stato;
- 2) lasciamolo mettere, aiutandolo, nella posizione in cui prova meno dolore;
- 3) non cercare di sfilargli gli abiti, se questo provoca in lui dolore o risulta difficile da farsi. Se dovesse proprio servire, questi vanno tagliati, possibilmente col consenso della persona;
- 4) il trasporto va fatto solo dopo aver immobilizzato la parte lesa;
- 5) copriamo l'infortunato per proteggerlo dal freddo;
- 6) non dare niente da bere o da mangiare. La persona potrebbe andare in shock od esser sottoposta ad intervento chirurgico una volta arrivata in ospedale;
- 7) al fine di prevenire lo stato di shock, se possibile e compatibilmente con lo stato del paziente, metterlo in posizione antishock, stando però attenti a non aggravarne le condizioni.

- 1) non toccare, spostare o disinfettare i monconi, ma coprirli con panni puliti e possibilmente sterili;
- 2) mettere uno spesso tampone di cotone sopra le garze, facendo una fasciatura abbastanza stretta di modo da controllare l'emorragia;
- 3) in caso di emorragia massiva, praticare la compressione con estrema prudenza, stando attenti a non spostare i monconi. Nei casi estremi ricorrere al laccio emostatico;
- 4) in caso di monconi sporgenti, seguire la prassi usata con gli oggetti estranei (proteggerli con coperture di fortuna, come bicchierini, anelli di stoffa, ecc.);
- 5) se dovessimo muovere la persona o attendere a lungo, immobilizzare la parte, evitando che le stecche vadano a premere sui monconi sporgenti.

L'immobilizzazione degli arti

La regola principale nell'immobilizzare uno o più arti è che dobbiamo farlo cercando di lasciare questo nella posizione in cui si trova, senza riportarlo nella posizione normale.

In caso di infortunato cosciente, lasciarlo tenere o dirgli di mettersi in quella posizione che gli procura meno dolore (posizione antalgica).

In casi particolari, prima di immobilizzare l'arto, potremo esser costretti a mettere in trazione questo. La trazione è una manovra che provoca l'allontanamento dei monconi, fatta se siamo costretti a riallineare questi ultimi oppure se la contrazione della muscolatura sta provocando un accorciamento pericoloso dell'arto: va fatta solo se strettamente necessario e avendo molta accortezza nel farla.

L'immobilizzazione fatta bene dovrà impedire i movimenti dei monconi come pure i movimenti delle articolazioni a monte e a valle dell'osso fratturato.

Sono indispensabili di norma 3 presidi per farla:

stecche per bloccare le parti, imbottiture per riempire gli spazi vuoti tra stecche e parti coinvolte e legacci per tener unita l'immobilizzazione.

Ricordarsi però di non stringere troppo i legacci e lasciare accessibili le dita (o un polso periferico) per poter monitorare lo stato della circolazione.

I movimenti dei monconi da evitare invece sono la flessione dell'arto, il taglio (dovuto al movimento di questi sui tessuti circostanti), la torsione e la sovrapposizione.

Soccorso delle frattura di coste

Evitare che la frattura vada a innescare un'insufficienza respiratoria.

Se la persona non è grave e può camminare:

facciamogli tenere il braccio aderente al torace, appendergli il braccio al collo in posizione sollevata e portarlo in ospedale.

Se la persona non può stare in piedi:

metterlo semiseduto, col lato leso girato verso il basso. Il braccio di questo stesso lato va fatto aderire al torace e immobilizza le coste.

Se la persona è incosciente oppure la respirazione diventa difficile e rumorosa:

metterlo in PLS con la parte lesa verso il basso e ospedalizzare quanto prima.

Limitare lo stato di shock ed evitare ulteriori danni.

In linea generale la persona non va mossa, non va fatta sedere, va coperto e gli vanno alzate le braccia per ridurre lo shock.

Se fossimo costretti però a trasportarlo, va posta un'imbottitura tra le gambe (le quali vanno legate tra loro), va caricato in barella usando le stesse precauzioni usate per un traumatizzato vertebrale (la schiena va mossa il meno possibile e lavorando sempre con uno o più colleghi nello spostare il paziente).

Soccorso delle fratture della clavicola

Immobilizzare il braccio e ospedalizzare.

- 1) far sedere la persona, se possibile;
- 2) far passare un triangolo di stoffa davanti al braccio con la punta superiore di questo che vada oltre la spalla. L'angolo retto del triangolo andrà più in basso del gomito.
- 3) Mentre si regge il braccio della persona, fare passare il bordo lungo del triangolo sotto la sua mano, avambraccio e gomito;
- 4) Far passare dietro l'angolo inferiore del triangolo dietro la schiena, tenderlo delicatamente e annodarlo dove non dia fastidio alla persona.
- 5) Ripiegare la punta sporgente fuori dal gomito, e fissarla agli indumenti o al corpo.
- 6) Mettere dell'imbottitura tra gomito e busto;
- 7) Far passare un secondo triangolo al fine di assicurare il braccio lesa al busto, da sotto l'ascella opposta e andando ad annodarlo in una posizione non fastidiosa;
- 8) Lasciare libere le dita per controllare la circolazione.

In sostanza, il procedimento è quello di fermare il braccio al torace e bloccare questo nella schiena al fine di impedire alla clavicola di spostarsi.

Soccorso delle fratture dell'arto superiore

Se la persona è in piedi, con l'avambraccio sostenuto e piegato lungo il busto (presentante una possibile lesione all'omero o al gomito – parte alta del braccio):

- 1) quando e se possibile, farlo sedere;
- 2) passargli sotto un triangolo di stoffa, con l'angolo retto puntato verso il gomito;
- 3) l'angolo acuto superiore fa mezzo giro attorno al collo;
- 4) ripiegare il triangolo sotto il braccio;
- 5) accostare i due angoli acuti e annodarli, mettendoli un po' in tensione;
- 6) ripiegare l'angolo sporgente oltre il gomito e fissarlo al braccio (con del cerotto o attaccato alla manica con una spilla da balia);
- 7) aggiungere una spessa imbottitura tra braccio lesa e torace;
- 8) fissare il braccio con un altro triangolo passante sotto l'ascella, molto allargato sul braccio e non molto teso;
- 9) lasciare visibili le punta delle dita.

La stessa tecnica vale anche per le lesioni alla spalla. Ricordarsi però di non far premere i triangoli sul punto lesa.

Se la persona è in piedi, con la lesione nella parte bassa del braccio (avambraccio o polso):

- 1) steccare la parte lesa utilizzando del giornale o una rivista piegata a U e imbottite;
- 2) fissare la steccatura con almeno due lacci (non metterli però sul punto di frattura...);
- 3) appendere il braccio al collo, senza però mettere l'imbottitura tra busto e braccio;
- 4) lasciare visibili le punta delle dita.

Se la persona è in piedi, con l'arto dritto e impossibilitato nel muovere il gomito:

- 1) non tentare di piegare il gomito per forza;
- 2) cercare il punto di frattura;
- 3) steccare l'arto.

Se la persona è distesa con l'arto dritto:

- 1) non tentare di piegare il gomito per forza e cercare il punto di frattura;
- 2) avvicinare l'arto al busto;
- 3) interporre una spessa imbottitura tra braccio e busto;
- 4) fissare il braccio al busto con 3 triangoli passanti attorno al torace e all'addome. Volendo, si può anche tentare di steccare il braccio.

Bisogna sapere se l'arrivo dei soccorsi avanzati è previsto in tempi brevi o lunghi.

Nel caso questi arrivino a momenti, ci preoccuperemo di non muovere l'arto all'infortunato e limitare a quest'ultimo nei movimenti onde prevenire lo stato di shock.

Se invece siamo noi a dover trasportare l'infortunato, seguire la seguente prassi:

- 1) lasciare disteso l'infortunato;
- 2) se necessario, tagliare i vestiti per vedere il tipo di frattura e la localizzazione esatta;
- 3) facciamoci aiutare da altre persone per tenere fermo l'arto durante l'immobilizzazione; se necessario, mettere in leggera trazione ginocchio e piede andando a raddrizzare lentamente l'arto (questo per creare una steccatura sicura dell'arto);
- 4) una volta raddrizzato l'arto, un soccorritore sta al piede e ci resta tenendo in trazione fino al completamento dell'immobilizzazione;
- 5) far passare tra corpo e terreno un certo numero di strisce di stoffa, facendole scivolare delicatamente nelle posizioni desiderate (poco sopra il punto di frattura, poco sotto il punto di frattura, ai piedi, al torace e gli altri a discrezione);
- 6) porre la steccatura che vada dall'ascella ai piedi dell'infortunato (ndr: in alternativa dal bacino ai piedi);
- 7) porre delle imbottiture tra asse e gamba e tra le gambe della persona;
- 8) annodare le strisce di stoffa tra steccatura e corpo, stando attenti di mettere i nodi sul lato non ferito e mai comunque sul punto di frattura;
- 9) unire i piedi con una striscia disposta ad 8 per non fare in modo che questi ruotino verso l'esterno;
- 10) controllare che la steccatura non prema sui monconi ossei fratturati;
- 11) aggiustare le imbottiture dove necessario;
- 12) stringere poi le strisce per rendere salda l'immobilizzazione, ma che però non vada ad impedirne la circolazione;
- 13) mollare il piede;
- 14) al fine di prevenire lo stato di shock, mettere la persona sulla barella ed inclinarlo leggermente dai piedi. Se la barella non fosse presente, alzare comunque un pochino i piedi per avvicinarsi alla posizione antishock.

Soccorso delle fratture o lesioni al ginocchio

Se i soccorsi sono attesi in tempi brevi, evitare di piegare il ginocchio e mettere la persona nella posizione per lui meno dolorosa.

Se invece dobbiamo immobilizzare l'articolazione:

- 1) mettere due asticelle sui lati del ginocchio;
- 2) legarle col ginocchio tramite 3 legacci (evitando però di metterli sull'articolazione);
- 3) per un'immobilizzazione più efficace, mettere un asse supplementare tra piede e inguine, quindi fissare.
- 4) Se la persona è collaborante, basta legare e fissare l'arto sano a quello malato, mettendoci delle imbottiture tra di loro.

Soccorso delle fratture della tibia e del perone

Identico a quello del braccio e della gamba: evitare di raddrizzare la parte, steccare, fissare e imbottire.

Soccorso delle distorsioni

Le distorsioni comportano quasi sempre una rottura od uno stiramento dei legamenti; le più comuni sono quelle della caviglia.

- 1) fare una fasciatura stretta per limitare il gonfiore;
- 2) applicare impacchi freddi;
- 3) tenere l'articolazione in alto per limitare l'ematoma.

Soccorso delle lussazioni

Le lussazioni consistono in una separazione prolungata dei capi di un'articolazione, quasi sempre causate da un trauma.

- 1) non muovere la persona;
- 2) immobilizzare la parte lesa così come l'abbiamo trovata oppure in quella nella quale la persona si è messa in modo spontaneo;
- 3) ospedalizzare senza urgenza. L'urgenza va però chiamata e avviata qualora la persona avverta formicolii o altri indizi di compressione di un nervo.

Soccorso degli ematomi

Dobbiamo ridurre il versamento plasmatico e facilitarne la guarigione.

- 1) porre una borsa di ghiaccio sulla zona interessata PRIMA che l'ematoma si formi;
- 2) applicare una fasciatura compressiva, analoga a quelle fatte per le emorragie esterne;
- 3) a distanza di giorni, quando il sangue ha smesso di versarsi, porre invece impacchi caldi e tenere a riposo la parte.

Soccorso degli strappi muscolari

- 1) far tenere la posizione più comoda;
- 2) applicare impacchi freddi sul punto dolente per almeno mezz'ora;
- 3) fasciare la parte e sollevarla in alto per impedirne il rigonfiamento.

In caso di sospetto arto fratturato, trattarlo come tale. Ricordarsi inoltre che un arto fratturato spesso maschera o fa passare inosservate le lesioni muscolari.

Soccorso dei crampi

- 1) muovere la parte dolente in modo che i muscoli contratti si allunghino (stretching);
- 2) massaggiare la parte dolente.

È un tipo di lesione che si verifica quando un arto resta fortemente compresso per alcune ore. L'arto schiacciato si presenta duro, freddo e grigiastro.

Regole generali:

- a) coprire la persona per proteggerlo dal freddo;
- b) non dare niente da bere;
- c) muovere la persona con le precauzioni necessarie per un traumatizzato;
- d) metterlo in posizione antishock, compatibilmente con gli altri traumi subiti, ovviamente...

Se l'arto è *rimasto schiacciato per meno di un'ora oppure se riusciamo a sentire i polsi a valle del peso* (in quest'ultimo caso l'arto può esser rimasto schiacciato anche da più di un'ora):

- 1) porre un laccio in posizione PRIMA di togliere il peso, con un soccorritore pronto a stringerlo nel caso che il sollevamento producesse un'emorragia o si presentasse spappolato;
- 2) solo dopo procedere col togliere il peso.

Se l'arto è *rimasto schiacciato da più di un'ora E non sentiamo i polsi a valle del peso*:

- 1) prima di iniziare le manovre di liberazione dal peso, mettere e stringere un laccio emostatico;
- 2) liberare l'arto dal peso;
- 3) coprire la persona, lasciando scoperte le parti che hanno il laccio;
- 4) non riscaldare le parti schiacciate (accelererebbe la necrosi);
- 5) segnare in modo visibile l'ora di posizionamento del laccio (sulla fronte, di solito) e la parola "schiacciamento";
- 6) ospedalizzare con urgenza.

Se l'arto è *rimasto schiacciato da più di un'ora ma sappiamo che i soccorsi arriveranno in tempi ragionevoli (entro le 3 ore), NON mettere lacci e NE' togliere il peso.*

CAPITOLO 11

TRAUMI CRANICI E VERTEBRALI

Col termine “trauma cranico” si indica qualsiasi azione lesiva ai danni dell’encefalo e del cranio che possono provocare tutta una serie di conseguenze:

Lesioni esterne	Contusione
	Tumefazione
	Ferite
Fratture	Delle ossa facciali
	Della volta cranica
	Della base cranica
	Delle vertebre cervicali
Lesioni indirette dell’encefalo	Commozione cerebrale
	Contusione cerebrale
	Ematoma intracranico
Lesioni dirette all’encefalo	Dovute a frammenti del cranio
	Dovute a proiettili o schegge

Alcune definizioni e relative implicazioni

La *commozione cerebrale* è un forte scuotimento del cervello, le cui oscillazioni vanno a stirare una particolare zona del tronco encefalico (sostanza reticolare, sede dello stato di coscienza). La persona non ricorderà l’accaduto ma non presenterà lesioni permanenti.

La *contusione cerebrale* si ha quando l’urto provoca la distruzione di tessuti cerebrali o la rottura di vasi sanguigni. I sintomi ed i postumi possono essere i più diversi, in quanto dipendono dalla zona in cui è avvenuta la contusione e quanto tessuto cerebrale è stato leso.

L’*ematoma cerebrale* è dovuto alla formazione di un grumo di sangue uscito dalla rottura di vasi sanguigni. Questo va poi a premere sulla scatola cranica, comprimendo e deformando il cervello. Se la persona è ricoverata in tempi rapidi presso un reparto di neurochirurgia, l’ematoma può esser asportato e i danni conseguenti limitati (si può affermare col dire anche “assenti”, se l’insulto è limitato e i soccorsi rapidi).

L’*edema cerebrale* ha le stesse caratteristiche dell’ematoma cerebrale, ma è più grave in quanto non può esser aspirato. Spesso è dato dal rigonfiamento dei tessuti andati lesi e non dal semplice sangue.

Segni e sintomi del danno cerebrale

- a) disturbi della coscienza, come sonnolenza, sopore, stato confusionale;
- b) mal di testa in costante aumento;
- c) vomito a getto (non preceduto da nausea o conati);
- d) bradicardia (polso lento);
- e) anomalia del diametro pupillare (midriasi = dilatazione; anisocoria = asimmetria; miosi = contrazione);
- f) disturbi visivi, dell’equilibrio e di altre facoltà;
- g) convulsioni;
- h) anosmia (incapacità di sentire gli odori. È il primo segno in caso di lesione cranica).

Esaminare lo stato di coscienza e le funzioni vitali dell'infortunato.

Tentare di capire se la persona:

- a) è caduto perché stava male per altri motivi;
- b) ha perso coscienza, e per quanto tempo;
- c) presenta vuoti di memoria o confusione mentale;
- d) presenta segni o sintomi anomali;
- e) potrebbe aver subito lesioni vertebrali.

Se la persona è incosciente metterla in PLS con le dovute precauzioni e chiamare il 118.

Se la persona è cosciente e distesa a terra non muoverla in modo avventato e chiamare il 118.

Se la persona è in piedi ed è apparentemente normale:

- 1) accompagnarlo comunque in ospedale per accertamenti;
- 2) evitiamo di fargli fare sforzi, non esporlo al calore o comunque qualsiasi altra cosa che possa fargli andare troppo sangue in testa;
- 3) anche dopo dimesso, osservare se compaiono sintomi o segni preoccupanti che possano far pensare la presenza di un ematoma intracranico o di un edema cerebrale.

La posizione antishock non va mai utilizzata, ovviamente.

Gli impacchi freddi sulla testa hanno un effetto positivo per limitare l'ematoma o l'emorragia del cuoio capelluto ma non influenzano l'evoluzione degli ematomi interni alla scatola cranica.

Soccorso delle fratture delle ossa facciali

Assicurare la pervietà delle vie aeree e senza andare ad aggravare eventuali altre lesioni.

- 4) Controllare l'interno della bocca per constatare sanguinamenti o presenza di corpi estranei;
- 5) Rimuovere e conservare (se presenti) le protesi mobili;
- 6) Applicare impacchi freddi se notiamo gonfiori o tumefazioni.

Se la persona è incosciente – o non è in grado di stare in piedi – e sanguina:

- 1) metterlo in PLS col lato sanguinante rivolto verso il basso;
- 2) tenergli fuori la lingua, se possibile;
- 3) se serve, mettergli anche degli spessori sotto la testa, per non far gravare il peso di questa sul punto fratturato.

Se la persona presenta una frattura della mandibola, è cosciente ed è in grado di stare in piedi:

- 1) facciamogli tenere la testa chinata in avanti, possibilmente appoggiata su uno straccio per raccogliere le secrezioni. Facciamola sostenere da solo;
- 2) se vomita, aiutarlo tenendo pronto un sacchetto e sostenendogli la testa, andando poi a pulirgli la bocca con delicatezza;
- 3) non fissare la mandibola con legacci, perché potrebbero ostacolare la fuoriuscita del vomito.

Lesioni vertebrali

Va considerata e presa in considerazione una lesione vertebrale quando la persona afferma di avere una parte del corpo informicolata, insensibile o paralizzata, lamenta dolori alla schiena, al collo e/o ha perso involontariamente urina o feci.

Una sospetta lesione vertebrale si avrà molto probabilmente quando la persona incosciente ha subito un urto, un trauma abbastanza forte alla testa, al collo, alla schiena, ai glutei, alle gambe.

Precauzioni da tenere in caso di soccorso di un infortunato con probabile lesione vertebrale:

- A) lasciarlo immobile nella posizione in cui si trova;
- B) impedire ad altri che lo muovano;
- C) attendere se possibile il soccorso qualificato;
- D) se fosse necessario togliere gli indumenti, tenergli sempre ferma la testa con le mani o con un collare di fortuna.

Soccorso di un traumatizzato vertebrale

Qualsiasi manovra che andremo a fare sarà prima preceduta dal tenergli ferma la testa. L'unico caso che svincola a questa regola è qualora il paziente vomiti (andrà prima messo in PLS e poi fermato il collo. Sempre però con qualcuno che gli testa allineata la testa).

- 1) parlargli e osservare la persona;
- 2) controllare le sue funzioni vitali e l'interno della bocca. In caso di arresto cardiorespiratorio questo avrà la precedenza sulla (vera o presunta) frattura vertebrale, e quindi tenersi pronti ad iniziare il BLS;
- 3) bloccargli le emorragie e coprire le ferite;
- 4) coprirlo.

Situazioni nelle quali si rende necessario spostare un infortunato con una presunta lesione vertebrale:

- 1) qualora necessiti di RCP. In caso di arresto respiratorio – ma non cardiaco – la ventilazione va fatta senza spostare la persona;
- 2) a prescindere se sia cosciente o meno, quando la persona deve vomitare;
- 3) se dobbiamo assolutamente lasciarlo da solo a lungo ed è incosciente;
- 4) se il luogo risulta essere non in sicurezza;
- 5) qualora il soccorso avanzato non arrivi e dobbiamo trasportarlo noi in ospedale.

Precauzioni da tenere durante lo spostamento dell'infortunato

- 1) la testa va sempre tenuta ferma;
- 2) lasciare la colonna vertebrale, il collo e la testa nella posizione in cui è stato trovato;
- 3) avvicinare gli arti solo se le articolazioni risultano essere "scorrevoli". In caso contrario – le articolazioni si presentano rigide a seguito di lussazioni, irrigidimento muscolare, ecc. – il movimento degli arti andrebbe ad influire sulla colonna vertebrale, e peggiorare la situazione.
- 4) Nell'aprire le vie aeree, optare per la sublussazione della mandibola anziché l'iperestensione del capo;
- 5) Meglio se in questo tipo di spostamenti i soccorritori siano almeno in due.

CAPITOLO 12

ALTERAZIONI DELLA COSCIENZA

Le scale di valutazione della coscienza più comunemente usate sono l'AVPU e la scala Glasgow.

La scala AVPU è quella più semplice e quella usata in quasi tutti i soccorsi; consiste in un acronimo composto da 4 parole (ALERT – VOCAL – PAIN – UNRESPONSIVE). A seconda della risposta del paziente si avrà il grado di compromissione della coscienza:

Alert: la persona risponde spontaneamente a tutti i comandi e alle nostre domande;

Vocal: la persona risponde solo se chiamata;

Pain: la persona reagisce (non necessariamente risponde vocalizzando) solo se sottoposta a piccoli stimoli dolorosi (piccoli colpi fatti con le dita al centro della fronte del paziente);

Unresponsive: assenza di qualsiasi risposta. I riflessi primari (del ginocchio, ad esempio) possono comunque esser presenti.

Per quanto riguarda la scala Glasgow, riporto qui di seguito uno schemino; più basso è il punteggio, più grave sarà il paziente.

Occhi	Risposte verbali	Movimenti (dopo pizzicato)
1 – rimangono chiusi	1 – non risponde	1 – non si muove
2 – si aprono per uno stimolo doloroso	2 – geme o farfuglia cose non comprensibili	2 – raddrizza lentamente l'arto
3 – si aprono su comando	3 – delira o dice cose insensate	3 – piega lentamente l'arto
4 – si aprono spontaneamente	4 – è confuso	4 – ritira rapidamente l'arto
	5 – risponde in modo sensato	5 – allontana lo stimolo doloroso
		6 – obbedisce ad un comando

Soccorso della sincope

La sincope è uno svenimento, spesso conseguente alla lipotimia (sensazione di improvvisa debolezza senza una vera perdita di coscienza).

- 1) sorreggere la persona mentre sta cadendo;
- 2) controllare le funzioni vitali e regolarsi di conseguenza;
- 3) slacciare tutto quanto stringe (cravatta, cintura, ecc.);
- 4) allontanare la folla per far respirare la persona;
- 5) metterla in posizione antishock;
- 6) se la persona non riprende coscienza in tempi brevi, prepararsi al BLS.
- 7) NON dare da bere niente e NON farlo rialzare subito dopo che la persona si è ripresa.

I sintomi dell'ictus si manifestano di solito con:

dolori al capo, vomito, perdita o alterazione della coscienza, viso congesto o pallido, respiro lento, polso lento e schioccante, alterazione pupillare e paresi di un lato del corpo (di solito opposto a quello della zona cerebrale colpita).

- 1) Porre il paziente cosciente in posizione semiseduta, col capo sollevato e un po' girato di lato;
- 2) Impedirgli ogni sforzo fisico o emozione che vada ad aggravare una possibile emorragia cerebrale;
- 3) Se è incosciente, metterlo in PLS (MAI in posizione antishock);
- 4) Chiamare il 118 e ospedalizzare il prima possibile.

Soccorso della crisi IPERglicemica

Si verifica maggiormente in soggetti diabetici non diagnosticati come tali; la sua insorgenza è graduale e la persona lamenta bocca secca o sete intensa, pelle rossa, calda e secca, nausea, cefalea, dolori addominali, vomito, confusione mentale, odore di acetone nell'alito e perdita di coscienza.

- 1) cerchiamo di stabilire se la persona è diabetica;
- 2) non somministrare insulina di nostra iniziativa;
- 3) tenersi pronti al BLS;
- 4) ospedalizzare.

Soccorso della crisi IPOglicemica

Il contrario della precedente, ma in persona con diabete conclamato. Accade quando la persona ha assunto troppa insulina o bruciato tutti gli zuccheri nel sangue. Lamenta fame e salivazione abbondante, irrequietezza, aggressività, confusione (spesso questi 3 sintomi la fanno confondere con un ubriaco), pelle pallida, fredda e sudata, perdita di coscienza con possibili convulsioni.

Se è cosciente, offrirgli caramelle, miele o bevande dolci.

Se è incosciente, mettergli una piccola quantità di grani di zucchero sotto la lingua. Qualora non si riprenda rapidamente, chiamare il 118 e metterlo in PLS.

Nel dubbio tra crisi iper- o ipo- glicemica offrire comunque una modesta quantità di zucchero in grani.

Soccorso dell'attacco epilettico di Grande Male

Evitare che la persona si faccia male durante la caduta e durante la crisi.

- 1) se la persona sente di cadere a seguito di un attacco imminente, facciamola distendere su una superficie morbida, lontana da spigoli od oggetti contro i quali potrebbe urtare o ferirsi. Evitare i letti o i divani perché potrebbe cadere;
- 2) se la persona perde coscienza mentre è in piedi, sorreggerla durante la caduta e mettendola quanto prima in sicurezza;
- 3) se è già distesa a terra, allontanare i mobili ed avvicinare cuscini e coperte arrotolate, da mettere soprattutto sotto la testa;
- 4) evitare di mettere la nostra mano nella sua bocca e comunque non inserirci niente dentro;
- 5) slacciare tutto quanto stringe: cinture, cravatte, colletto;
- 6) durante la crisi, non cercare di fermare i movimenti;
- 7) sorvegliare il paziente durante la fase comatosa ed eventualmente girarlo in PLS;
- 8) stiamogli vicino e sosteniamolo quando si riprende.

Soccorso delle convulsioni febbrili dei bambini

- 1) mettere il bimbo a letto, lontano da oggetti che possano ferirlo durante le convulsioni;
- 2) slacciarli gli abiti e togliere le coperte per rinfrescarlo;
- 3) rinfrescarlo con una spugnetta imbevuta d'acqua fredda e alcool, a partire dalla testa;
- 4) se l'incoscienza si prolunga, metterlo in PLS;
- 5) chiamare il pediatra o portarlo in Pronto Soccorso.

Soccorso degli attacchi di panico e attacchi isterici

- 1) non rimproveriamo la persona, non bagniamola, non umiliamola;
- 2) portiamola in un luogo che si metta a suo agio, allontanando gli spettatori;
- 3) teniamo d'occhio gli oggetti di sua proprietà;
- 4) ascoltiamo con calma mentre ci parla, senza contraddirla, ma anche senza compatirla o sembrare impressionati;
- 5) se sta iperventilando, darle un sacchetto da tenere davanti al viso per riciclare l'aria espirata oppure dirle "respira come sto facendo io";
- 6) stiamo con la persona finché non si riprende e consigliamo di andare dal suo medico.

Val la pena mettere una tabella in cui si evidenzia la differenza tra una crisi convulsiva epilettica ed una crisi convulsiva isterica (molto meno grave della prima):

Crisi convulsiva epilettica	Crisi convulsiva isterica
Avviene in qualsiasi luogo	Avviene solo in pubblico
C'è perdita di coscienza	Non c'è perdita di coscienza
Il soggetto cade di colpo	Il soggetto cade piano
Il soggetto può ferirsi	Il soggetto non si ferisce mai
Amnesia finale	Niente amnesia

Valutare prima di agire le 4 situazioni che potremo trovarci davanti ad un tossicodipendente: incoscienza – ebbrezza – eccitazione acuta, allucinazioni e comportamento aggressivo – stati di privazione e crisi di astinenza.

Incoscienza

Fare attenzione a non ferirci con siringhe o non esporci al rischio di un contatto diretto col sangue. Esaminare le funzioni vitali, adottare la PLS o cominciare col BLS a seconda dei casi.

Ebbrezza

Sorvegliare la persona, la quale potrebbe peggiorare o riprendersi. Non somministrare caffè se temiamo un comportamento aggressivo.

Eccitazione acuta, comportamento aggressivo

Mantenere la calma, evitando luci, rumori o movimenti bruschi che potrebbero scatenare la persona. Tenere una distanza di sicurezza, lasciandoci aperta una via di fuga; eventualmente allontanarsi finché non arrivano le forze dell'ordine.

Stati di privazione e crisi d'astinenza

Convincerla a farsi accompagnare in Pronto Soccorso. Se è angosciata e depressa, tenerla sotto controllo per evitare che tenti il suicidio o che provochi altri danni (tipo buttarsi in mezzo ad una strada).

CAPITOLO 13

EMERGENZE ADDOMINALI

Diagnosi e trattamento di questi casi è competenza esclusivamente medica.

È buona regola non somministrare alcun tipo di farmaci (nemmeno gli antidolorifici o gli antispastici. E questo nonostante il paziente urla dal dolore), evitare di mettere una borsa di acqua calda né premere sulla parte dolente.

Soccorso dei dolori addominali

- 1) chiamare la guardia medica, il medico curante e al limite il 118;
- 2) tranquillizzare il paziente;
- 3) tenerlo nella posizione a lui più comoda;
- 4) non somministrare alcun tipo di farmaci;
- 5) raccogliere quante più informazioni possibili (modalità di insorgenza del dolore, presenza di brividi, febbre, irregolarità intestinali, presenza di sangue nelle feci, nel vomito o nell'urina, precedenti medici ed eventuali allergie, farmaci – cibi – bevande assunti nelle ultime 48 ore) e trascrivere quelle più significative.
- 6) tenersi pronti a trattare un attacco di vomito con lenzuola o teli;
- 7) controllare le funzioni vitali, cercando di riconoscere per tempo i sintomi di un probabile shock. Non usare la posizione antishock se sospettiamo un infarto miocardico. Tenersi pronti con il BLS se il paziente peggiora.
- 8) In casi di perdita di coscienza, allertare immediatamente il 118.

Il parto

Far distendere la donna con le gambe ben divaricate, coprendola tutt'attorno con lenzuola e panni puliti. Andrà fatto uno spessore sotto i glutei; pulirsi bene mani e avambracci e indossare guanti in lattice. Coprirsi il viso con una maschera o un fazzoletto pulito.

Durante il parto mettere una mano sul perineo, sostenendolo per fare in modo che non venga danneggiato durante la fuoriuscita del neonato. Con l'altra mano sostenere un asciugamano che vada a proteggere il bimbo dalla fuoriuscita delle feci della madre che avverrà durante lo sforzo.

Non tentare di estrarre il bimbo, ma sosteniamolo delicatamente, stando attenti alla testa, particolarmente delicata. Se una membrana avvolgerà il viso del piccolo, rimuoverla con le dita.

In caso di parto podalico (il bimbo esce coi piedi anziché con la testa) valgono le stesse precauzioni e procedure elencate qui sopra, con l'unica differenza che risulterà essere un parto difficile.

Una volta che il piccolo è uscito, abbassarlo per far defluire il sangue dal cordone ombelicale; pulire il nasino e la bocca, tenendogli la testa più bassa del corpo per fargli fuoriuscire il muco (aiutarsi con una cannula o con della carta assorbente).

Se il bimbo non comincia a respirare da solo entro 30 secondi, stimolarlo con colpettini sulla punta dei piedini. A respirazione iniziata, legare il cordone ombelicale con due fili puliti e non troppo sottili (il laccio da scarpe va benissimo). Questo va fatto entro un paio di minuti. Il cordone va tagliato tra i due fili con una forbice sterile o pulita.

Avvolgere il neonato in un asciugamano soffice, senza lavarlo o baciarlo e controllare il suo stato vitale: se la frequenza cardiaca è superiore ai 100 battiti al minuto va bene (la fc va presa sull'arteria brachiale, non dalla carotidea).

La placenta uscirà dopo circa mezz'ora. Non dovremo né tirarla né premere sull'utero. Questa va conservata e fatta esaminare da un medico (può essere che una parte di essa sia ancora presente nell'utero).

Soccorso delle metrorragie

- 1) Mettere in PLS sul lato sinistro – in caso di gravidanza;
- 2) Sollevare le gambe;
- 3) Porre degli assorbenti sulla vulva;
- 4) Conservare i tessuti persi e gli assorbenti intrisi per un successivo controllo medico;
- 5) Ospedalizzare con urgenza in questa posizione.

Qualora la donna abbia appena avuto un bimbo (metrorragia postpartum), mettere un assorbente sulla vulva (ma NON DENTRO la vagina), mettere la donna in posizione antishock e massaggiare l'addome con movimenti circolari. Questa tecnica dovrebbe far contrarre l'utero e far diminuire l'emorragia.

CAPITOLO 14

LE INTOSSICAZIONI

Soccorso delle intossicazioni per ingestione

- 1) raccogliere informazioni per i medici ospedalieri (chiedere al paziente cos'ha mangiato e cosa sente, portare i resti della sostanza velenosa oppure il recipiente dov'era contenuta, recuperare campioni di vomito, notare odori insoliti sul paziente o nell'ambiente);
- 2) controllare le funzioni vitali e regolarci di conseguenza (se incosciente girarlo in PLS, se va in arresto rianimarlo...);
- 3) contattare il 118;
- 4) NON far vomitare il paziente se questo è incosciente, ha ingerito sostanze corrosive, acide o basiche, ha bevuto sostanze derivate dal petrolio o sostanze schiumogene.

Per far vomitare una persona darle da bere dell'acqua per gonfiare lo stomaco e poi metterle le dita in bocca. Fare in modo che la testa sia più bassa del torace; se è un bambino, metterlo di traverso sulle nostre ginocchia.

Sostanze tossiche con maggior probabilità di intossicazione da ingestione

TIPO	SINTOMI	TRATTAMENTO
ALCOOLICI	<i>Sonnolenza, convulsioni, ipoglicemia, arresto respiratorio. Odore caratteristico. Pelle calda e rossa</i>	Se la persona è sveglia, farla vomitare e poi farle bere caffè oppure acqua e zucchero
ANTIPARASSITARI	<i>Tremori, convulsioni, alterazioni della respirazione</i>	Se ingeriti, far vomitare. Togliere i vestiti impregnati evitando la nostra contaminazione e lavare con cura le parti esposte (sono nocivi anche per inalazione e contatto)
ASPIRINA (E SALICILATI IN GENERE)	<i>Dolore fortissimo allo stomaco, vomito sanguinolento, possibile peritonite e shock. Possibile arresto respiratorio</i>	Dar da bere acqua e far vomitare
BOTULISMO	<i>Sintomi che compaiono dopo 24-48 ore l'ingestione di cibo infetto. Dolori addominali, vomito, diarrea, diminuzione della salivazione, deglutizione dolorosa, disturbi della vista e paralisi muscolare flaccida, fino all'arresto circolatorio.</i>	Ospedalizzare con urgenza, portando possibilmente dei resti di cibo infetto. Non serve far vomitare
DETERSIVI PER LAVATRICE O LAVASTOVIGLIE	<i>Analoghi ai tensioattivi (vedi sotto), ma più tossici in quanto contengono sostanze caustiche</i>	Come per i tensioattivi
FUNGHI VELENOSI	<i>Nausea, vomito, diarrea, dolori addominali, eccitazione e tachicardia</i>	Ospedalizzare in fretta. Recuperare avanzi di vomito e quante più informazioni utili per identificare la specie di fungo. Non serve far vomitare
PIANTE VELENOSE	<i>Vomito, nausea, mal di pancia</i>	Ospedalizzare in fretta. Far vomitare e possibilmente portare resti della pianta per la sua identificazione
PRODOTTI PETROLIFERI	<i>Brucciore alla bocca, all'esofago, allo stomaco seguiti da vomito, diarrea e disturbi nervosi.</i>	Ospedalizzare. Se si ha portata di mano dell'olio di vaselina, darlo da bere. Non dare latte e soprattutto non far vomitare.
SONNIFERI	<i>Sonnolenza e conseguente arresto respiratorio. Le benzodiazepine sono letali solo se assunte con altre sostanze, tipo l'alcool.</i>	Far vomitare e far bere molto caffè. Impedire che si riaddormenti. Ospedalizzare.
SOSTANZE CAUSTICHE	<i>Dolori acuti e molto forti alla bocca, all'esofago e allo stomaco.</i>	NON FAR VOMITARE. Somministrare degli albumi d'uovo uniti a latte o acqua (vanno a proteggere le pareti viscerali). Non sporcarci noi con le sostanze, né combattere gli acidi con prodotti basici e viceversa (produrrebbe gas e gonfiore). Ospedalizzare.
TENSIOATTIVI (SHAMPOO, SAPONI, DETERSIVI)	<i>Soffocamento dato dalla produzione di schiuma</i>	NON FAR VOMITARE. Somministrare acqua e ospedalizzare quanto prima.

I gas velenosi comportano un forte rischio ambientale; è opportuno tenere a mente 3 passaggi:

- a) dapprima valutare i pericoli e gli accorgimenti necessari per evitarli (uso di maschere, chiamare il 115, ecc.);
- b) sottrarre l'infortunato ai vapori tossici, portandolo all'aria aperta oppure ventilando l'ambiente;
- c) solo dopo soccorrerlo in base alle sue condizioni.

Soccorso di persone che si trovano in locali invasi di gas

- 1) chiedere il soccorso tecnico e non intervenire mai da soli;
- 2) iperventiliamoci prima di entrare nella stanza, in modo da stare in apnea il tempo necessario nell'intervenire;
- 3) non accendere né spegnere luci, non suonare campanelli e non facciamo alcuna scintilla;
- 4) in caso avessimo bisogno di luce, accendere la torcia elettrica PRIMA di entrare nella stanza;
- 5) meglio entrare legati con una fune tenuta dall'altro soccorritore. Tenere a portata di mano un coltello qualora dovessimo tagliarla se questa si impigliasse;
- 6) aprire porte e finestre (tranne che nel caso di incendio);
- 7) se i gas sono visibili nella parte superiore della stanza, stare con la testa al di sotto di essi. In caso contrario stiamo al di sopra (vedi l'anidride carbonica. Ricordiamoci però che questo gas è invisibile...);
- 8) non rianimare mai l'infortunato nella stanza invasa dai gas.

Soccorso di una persona avvelenata da gas

- 1) controllare le funzioni vitali e regoliamoci di conseguenza. La ventilazione va fatta solo coi presidi, vista la pericolosità dei gas;
- 2) cercare eventuali ustioni della pelle o degli occhi. Se presenti, lavarle con acqua corrente;
- 3) chiamare il medico anche se il peggio sembra passato;
- 4) coprire la persona per tenerla al caldo;
- 5) se è adagiata su una superficie fredda, isolarla con una coperta;
- 6) slacciare tutto ciò che può stringere (cravatte, cinture, colletti);
- 7) disponiamo la persona a seconda dello stato di coscienza o incoscienza.

Riguardo al **punto 7)**:

- se la persona è cosciente e non ha difficoltà respiratorie: posizione antishock;
- se la persona è cosciente ma respira con difficoltà: posizione semiseduta;
- se la persona è incosciente o vomita: PLS

Gas tossici e loro localizzazione

SOSTANZA	AMBIENTE
ACIDO CIANIDRICO	Odore di mandorle amare, si sviluppa da reazioni chimiche di sali di cianuri con soluzioni acide
AMMONIACA	Rilasciata da detergenti casalinghi, da certi impianti frigoriferi o lavorazioni industriali
ANIDRIDE CARBONICA	Prodotto della combustione di stufe e bruciatori, dalla fermentazione di vini, cereali e altri prodotti agricoli. Inodore e incolore, più pesante dell'aria. Non particolarmente pericoloso, ma provoca asfissia
ANTIPARASSITARI	Tossici per inalazione, ingestione e contatto
CLORO	Sprigionato da sostanze usate per sterilizzare l'acqua delle piscine o da una reazione chimica tra varechina ed altri prodotti non compatibili
FUMO	Miscela di azoto, monossido e biossido di carbonio, vapore d'acqua, particelle carboniose e altri eventuali gas. Prodotto nelle più svariate combustioni e fortemente tossico, specie se l'agente che brucia è plastica
IDROGENO SOLFORATO	Odore di uova marce, prodotto da fogne e pozzi neri
MONOSSIDO DI CARBONIO	Prodotto da stufe e bruciatori funzionanti in ambiente non ventilato. Per certi versi simile all'anidride carbonica
SOLVENTI ORGANICI	Caratterizzati dall'odore aromatico, fortemente infiammabili.

APPENDICI

APPENDICE I

COMPORTAMENTO NEGLI INCIDENTI STRADALI

Precauzioni da tenere a seguito di un incidente stradale

- 1) fermarci ad almeno 20 metri dai veicoli coinvolti e accostare con le luci di segnalazione accese in una posizione ben visibile, ma non di intralcio alla circolazione;
- 2) far spegnere le sigarette a tutti i presenti;
- 3) andare a collocare i triangoli (50 metri sulle statali, 100 sulle autostrade e in caso di curva o dosso);
- 4) mandare qualcuno a fare delle segnalazioni con lampade ed indumenti colorati e a far deviare o rallentare il traffico;
- 5) in caso di scarsa visibilità, tutti quelli non coinvolti nell'incidente vanno allontanati dalle auto e messi in luoghi sicuri, lontani da carreggiate e punti di rischio;
- 6) sempre in caso di scarsa visibilità, le nostre auto devono avere le luci lampeggianti e le luci interne accese, il freno a mano tirato e le ruote sterzate verso il ciglio della strada.

Se l'incidente è avvenuto in autostrada, meglio non fermarsi o comunque farlo fino alla successiva piazzola di sosta. Non attraversare mai il senso di marcia. La regola vale anche nelle tangenziali.

Osservare se l'incidente ha coinvolto anche qualche linea elettrica: in caso affermativo, tenersi lontani da cavi caduti, oggetti metallici e pozzanghere. Non scendere dalla macchina e avvisare le persone coinvolte.

Valutare inoltre la stabilità del mezzo incidentato: il rischio maggiore è dato quando il veicolo poggia su un fianco o è capottato. In questo caso, l'auto prima va stabilizzata inserendo degli spessori dove necessario oppure starci alla larga per evitare il ribaltamento o esserne coinvolti. Qualora invece il veicolo poggia su tutte le ruote, bisognerà bloccarlo spegnendo il motore e tirando il freno a mano, e magari inserendo dei sassi davanti alle ruote.

Avvicinarsi portando con noi l'estintore, tenendo ben presente che se lo useremo questo avrà breve durata (dato che un estintore per auto non va mai oltre i 2 kg). Il suo impiego dovrà esser molto mirato e sempre a brevi getti.

Se notiamo un forte odore di benzina – come anche una chiazza di carburante o di olio – dovremo agire con molta più prudenza, evitando ogni scintilla (attenzione alla carica statica). Non calpestare mai la chiazza di benzina, dato che potrebbe prendere fuoco; se abbiamo un estintore a polvere, coprirlo con un breve getto di questo. In alternativa usare sabbia o terra.

Se si sta sviluppando un incendio dentro il vano motore, tentiamo di spegnerlo spruzzando con l'estintore dentro gli interstizi del cofano, che non andrà mai aperto.

Se invece l'incendio sta intaccando l'interno dell'abitacolo, estrarre con velocità i feriti (metodo di estricazione di Rautek). Se usiamo l'estintore nell'abitacolo, questo ritarderà il propagarsi dell'incendio – non lo spegnerà completamente visto appunto le sue ridotte dimensioni – e ci obbligherà a proteggere le vie respiratorie degli infortunati per via delle polveri e fumi sprigionati.

Se constatiamo la mancanza di inneschi di incendio, girare la chiave di accensione per spegnere la macchina e ricordarsi sempre di tirare il freno a mano.

Per quanto riguarda l'incidente con trasporti di sostanze pericolose, avere ancora più cautela nell'avvicinarsi alla scena, valutare le sostanze tramite il codice Kemler (riportato a fine capitolo) e regolarsi di conseguenza.

Avvicinarsi ai feriti, parlarci per valutare il loro stato di coscienza e per tranquillizzarli, raccogliendo così informazioni utili.

Chiedere se nel veicolo ci fossero altre persone – magari sbalzate fuori dall'urto e presenti senza coscienza a qualche metro dall'incidente.

Parlare anche con le persone scese spontaneamente dai veicoli e valutarle. Preveniamo gli shock: in caso di persona cosciente, in piedi, ma che lamenta dolori al collo o alla schiena, agire di conseguenza. Non dare mai niente per scontato (è prassi di un buon soccorritore convincere comunque le persone coinvolte di farsi vedere al Pronto Soccorso quanto prima, anche se queste non mostrano apparentemente alcun sintomo o dolore. Ricordiamoci bene che la paura generata da un incidente è un potente anestetico, che va a mascherare lesioni o ferite che in situazioni normali verrebbero avvertite subito).

Per quel che concerne i feriti ancora presenti nell'abitacolo, non incoraggiarli ad uscire, ma verificare se sono incastrati con le gambe o i piedi. In caso di ambiente freddo, coprirli con coperte; se l'auto è esposta al sole, ventilare l'abitacolo ed eventualmente rompere (con accortezza, mettendo del nastro adesivo su tutta la superficie) i vetri.

In caso di persona traumatizzata, trattarla solo con i presidi più opportuni (l'estricazione va fatta col KED). Se la persona è incosciente, accertarsi delle sue funzioni vitali e non andare a peggiorarle. Se ad un primo controllo la persona non respira:

- 1) afferrarle la testa per il mento e la nuca;
- 2) trazionarla leggermente;
- 3) raddrizzarla, portando anche la schiena in posizione dritta;
- 4) controllare nuovamente respiro e circolo;
- 5) se non respira – ma ha circolo – mantenendo in trazione la testa, farle una prima serie di ventilazioni;
- 6) se non respira e non ha circolo, estrarla immediatamente, metterla in sicurezza e cominciare col BLS.

In questo caso si lascia perdere il KED, si mette comunque il collare e si estrae col Rautek.

Table e codici Kemler per il trasporto di sostanze pericolose

La tabella è costituita da un rettangolo arancione con numeri neri suddiviso su due righe:
la prima riga identifica il pericolo (suddivisa in due o più cifre);
la seconda identifica esattamente la sostanza.

È accompagnato da un cartello romboidale nel quale si mostra graficamente il pericolo della sostanza trasportata.

PERICOLO PRINCIPALE (PRIMA CIFRA). Prima riga	
X	(precede sempre le altre cifre) Pericolo se il materiale entra a contatto con l'acqua
1	Materiale esplosivo
2	Gas
3	Liquido infiammabile
4	Solido infiammabile
5	Comburente (materiale ossidante)
6	Materiale tossico
7	Materiale radioattivo
8	Materiale corrosivo
9	Soggetto a reazione chimica spontanea e violenta
TIPO DI SOSTANZA (SECONDA CIFRA). PRIMA RIGA Se 2 o 3 cifre sono uguali, il pericolo si rafforza	
1	Esplosivo
2	Gas
3	Infiammabile
5	Comburente
6	Tossico
8	Corrosivo
9	Reazione violenta
0	Assenza di altri pericoli

Casi particolari

22 Gas fortemente refrigerato.

44 Materia infiammabile che, a temperatura elevata, si trova allo stato fuso.

90 Materie pericolose diverse

Sostanza presente. SECONDA RIGA (identifica esattamente il prodotto)			
1001	Acetilene	1223	Kerosene
1005	Ammoniaca anidra	1230	Alcool metilico
1011	Butano	1267	Petrolio
1016	Ossido di carbonio	1268	Olii lubrificanti
1017	Cloro	1381	Fosforo
1027	Ciclopropano	1402	Carburo di calcio
1028	Freon 12	1428	Sodio
1038	Etilene	1547	Anilina
1040	Ossido di etilene	1613	Acido cianidrico
1045	Fluoro	1654	Nicotina
1049	Idrogeno	1680	Cianuro potassio
1050	Acido cloridrico	1710	Trielina
1053	Acido solforico	1779	Acido formico
1072	Ossigeno	1791	Ipoclorito di sodio
1075	Gpl	1805	Acido fosforico
1076	Fosgene	1823	Soda caustica
1079	Anidride solforosa	1869	Magnesio
1089	Acetaldeide	1888	Cloroformio
1090	Acetone	1971	Metano
1114	Benzolo	2015	Acqua ossigenata
1134	Clorobenzene	2209	Formaldeide
1170	Alcool etilico	2304	Naftalina
1202	Gasolio	2761	Ddt
1203	Benzina	9109	Solfato di rame

In corsivo quelle più comuni

APPENDICE II

COMPORTAMENTO NEGLI INCIDENTI DOMESTICI E SUL LAVORO

Diverse sono le tipologie degli infortuni presenti negli incidenti domestici e sul lavoro: si va dalla folgorazione alla caduta, all'incendio.

Le precauzioni ed il modus operandi sono sempre le stesse: sicurezza della scena, valutazione dei parametri vitali, dei secondari, trattamento ed eventualmente il trasporto. In questa sede verranno visti solo i trattamenti in caso di folgorazione, dato che le altre tipologie sono state affrontate nei capitoli precedenti (con esclusione dell'incendio, che verrà visto nell'appendice successiva).

Soccorso dell'infortunato con impianti a bassa tensione (125-220-380 V)

- 1) interrompere la corrente sfilando la spina dell'apparecchio;
- 2) in alternativa, staccare la corrente dall'interruttore generale;
- 3) se questo non fosse possibile, staccare l'infortunato dal conduttore aiutandoci con bastoni o coperte asciutte;
- 4) ricordarsi di calzare scarpe o guanti di gomma oppure tenere i piedi su carta, tappeti o altri isolanti. Non toccare il pavimento o le pareti con le mani;
- 5) una volta staccato l'infortunato dalla corrente, metterlo in sicurezza per trattarlo;
- 6) controlliamo le funzioni vitali dell'infortunato, regolandoci di conseguenza;
- 7) se la dispersione è ancora attiva, sbarrarla con sedie o altro.

Precauzioni da tenere in prossimità di incidenti con linee ad alta tensione

Il contatto con una linea elettrica ad alta tensione può sbalzare lontano l'infortunato, provocandogli fratture.

Se i fili sono stati danneggiati e toccano terra, la loro pericolosità si estende a distanza grazie alla creazione di archi elettrici (tramite l'aria), per conduzione tramite il terreno oppure perché si muovono da soli. Tenersi sempre ad almeno 20 metri dai fili caduti e da pozzanghere o oggetti metallici vicini.

Se ci fossimo avvicinati troppo e notassimo formicolio alle gambe, fermiamoci e torniamo indietro su un solo piede oppure camminando a passetti cortissimi (riduciamo così il rischio di folgorazione perché tocchiamo punti sul terreno con differenza di potenziale minima).

Tipologie degli effetti fisiologici della corrente

In caso di infortunio relazionato a corrente elettrica, potremmo avere 6 tipi di patologie:

- 1) tetanizzazione dei muscoli (la mano si chiude rendendo difficile il distacco con l'oggetto. Avviene solo con correnti a bassa tensione);
- 2) trisma (serraggio della mandibola) e gonfiore della lingua;
- 3) arresto respiratorio o cardiaco;
- 4) ustioni, principalmente localizzate sui punti di ingresso e di uscita della corrente;
- 5) lesioni ai centri nervosi;
- 6) fratture.

Comportamento in caso di incendio

Quando entriamo in un edificio o luogo poco conosciuto, notare sempre la presenza e la locazione di estintori, idranti e vie di fuga. Anche se siamo all'aperto (durante la valutazione della sicurezza della scena) è buona norma dare un'occhiata alla localizzazione delle prese degli idranti per il 115.

In caso di principio di incendio

- 1) allontanare gli oggetti infiammabili;
- 2) chiudere le finestre per togliere aria dalle fiamme;
- 3) uscire dal locale in fiamme, chiudendoci la porta alle spalle (mai a chiave!);
- 4) telefonare al 115;
- 5) se possibile, bagnare la porta con dell'acqua;
- 6) se l'incendio supera la porta, retrocedere di stanza in stanza, seguendo le vie di fuga e stando attenti che il fumo non ci tagli la via della ritirata;
- 7) l'attuazione dell'effetto camino (aprire porte e finestre) va fatto solo se siamo consapevoli di poter estinguere l'incendio. Stare molto attenti a metterlo in atto, perché se ci sopravvalutiamo e non lo spegniamo, l'incendio si propaga con maggior velocità.

Qualora non riuscissimo a controllare l'incendio e dovessimo metterci in salvo

- 1) chiudere tutte le porte alle nostre spalle;
- 2) prima di aprire una porta, verificare se è calda toccandola col dorso della mano. Se è calda, evitare di aprirla (segno che sono presenti fiamme a ridosso della porta); se invece non scotta, aprirla pian piano tenendola ferma con un piede (l'effetto camino provoca differenze di pressione dell'aria, facendo a volte spalancare di colpo la porta);
- 3) non avventuriamoci su scale invase dal fumo;
- 4) non rifugiarsi in piccoli locali senza finestre, né prendere ascensori;
- 5) se passiamo in locali invasi da fumo teniamoci bassi e respirare tramite un fazzoletto imbevuto d'acqua o di saliva;
- 6) se passiamo accanto alle fiamme, coprirci con una coperta, possibilmente bagnata;
- 7) se non riusciamo ad uscire, attendere i soccorsi su un terrazzo o su una finestra;
- 8) una volta usciti dall'edificio, allontanarsi per evitare di esser coinvolti in un possibile crollo dello stesso o da parti di questo.
- 9) Qualora una persona sia investita dal fuoco, dovrà esser stesa a terra, col lato incendiato verso l'alto, trattenere il respiro, rotolare per terra (solo se è da solo). In presenza di altre persone – non incendiate – non far rotolare l'infortunato e spegnere il fuoco con acqua e coperte.

Come spegnere un incendio

Il fuoco ha 3 ingredienti per propagarsi:

- combustibile, cioè tutto ciò che brucia;
- comburente, cioè l'ossigeno dell'aria;
- il calore d'innesco.

Per spegnere un incendio si lavora togliendo uno o tutti queste 3 variabili; nello specifico avremo quindi:

- a) il combustibile viene tolto allontanando dall'incendio tutti gli oggetti infiammabili;
- b) l'ossigeno viene tolto gettando acqua, sabbia, gas inerti, schiume o coperte;
- c) il calore d'innesco viene tolto raffreddando il combustibile con acqua o anidride carbonica.

I principali mezzi di estinzione sono:

- l'acqua, che non va mai usata sugli apparecchi elettrici in tensione, sui combustibili liquidi e sui metalli roventi;
- le coperte, meglio se di lana;
- badili o fronde fresche;
- sabbia;
- estintori (vedi paragrafo a parte sotto).

Gli estintori

Ne esistono di 4 tipi:

ad anidride carbonica, a polvere, a schiuma e a idrocarburi alogenati (resi però fuori legge e in via di dismissione perché fortemente inquinanti).

Generalmente l'estintore è specifico per più tipi di incendi, classificati in 5 classi:

- classe A (materiali solidi, come legno, carbone, plastica);
- classe B (materiali liquidi o solidi liquefatti);
- classe C (gas);
- classe D (metalli reattivi o fusi);
- classe E (apparecchiature elettriche in tensione).

Ad ogni estintore è indicato il *range* di incendi che riesce ad estinguere, e questo è stampato sulla bombola stessa.

L'estintore si usa così:

- a) ci si mette col vento alle spalle oppure chinati per evitare fiamme e fumo;
- b) spruzzare alla base delle fiamme, non scaricando completamente l'estintore ma a colpetti;
- c) l'incendio va estinto partendo dal basso verso l'alto, in modo ordinato ed evitando di lasciare focolai residui.

APPENDICE III

EMERGENZE IN AMBIENTI NATURALI

Annegamento

Portare a riva l'infortunato, praticare la RCP, evitare di toccare lo stomaco per non provocare il vomito ma far defluire l'acqua presente in bocca e nel naso. Dato che molto probabilmente i polmoni saranno pieni di acqua, le insufflazioni dovranno essere fatte con molta più forza, anche a costo di far entrare aria nello stomaco.

Patologie da decompressione

Allertare subito il 118 e provvedere al trasporto urgente presso un centro dotato di camera iperbarica. Durante il trasporto si può somministrare ossigeno puro.

Traumi dovuti a tuffi e cadute

Vanno trattati come gli altri traumi. Lasciare a personale qualificato o si è muniti di brevetto OPSA il recupero della persona per esser portato a riva.

Male di montagna

Rendere graduale l'ascensione (sopra i 3.000 metri vanno fatti 500 m di salita al giorno e non di più). Se i sintomi risultano esser preoccupanti spostarsi scendendo di quota e acclimatarsi (unico rimedio).

Dolori alle orecchie e ai seni paranasali (a seguito di variazione di quota)

Soccorso analogo al mal di montagna: scendere e rendere graduale l'ascensione.

Valanghe

Gli infortunati presenteranno patologie quali assideramento, congelamento, fratture, ferite e arresto cardiaco. Vanno trattati di conseguenza in sicurezza.

Fulmini

La persona potrà presentare ustioni, fratture, arresto cardiorespiratorio (sintomi analoghi alla folgorazione). Si può intervenire subito sull'infortunato senza timore di restare folgorati se lo tocchiamo. Ovviamente prima di iniziare il soccorso, evitare di stare in una zona non sicura.

Terremoti – soccorso di infortunati sepolti

Liberare il naso e la bocca, ripulendoli. Liberare se possibile il torace e l'addome, valutare la sindrome di schiacciamento e regolarsi di conseguenza. Prima di muoverlo, il collo va sempre immobilizzato per primo e poi steccare le eventuali fratture. Tratarlo come un politraumatizzato grave.

Inondazione

Le patologie più comuni presenti a seguito di un'inondazione sono l'annegamento, l'ipotermia, la sindrome da schiacciamento, le ferite lacere, i morsi di animali di vario tipo, le infezioni o avvelenamenti alimentari e le epidemie. Trattare le patologie in relazione alla loro tipologia.

APPENDICE IV

APPROCCIO AL TRAUMATIZZATO GRAVE (ABCDE)

Indipendentemente dalle condizioni cliniche si considerano politraumatizzati i pazienti coinvolti in
(NB: protocollo col SUEM di Vicenza):

- Cadute da altezza superiore ai 3 metri
- Scontro frontale a velocità superiore a 50 km/h
- Incidente con presenza di 1 deceduto
- Proiezione all'esterno del veicolo
- Caduta dalla moto con separazione motociclista/moto o impatto a velocità superiore a 30 Km/h
- Esplosione
- Ferita da arma da fuoco (cavitazione)

Soccorso ed iter da attuare

1) autoprotezione e sicurezza della scena

MEDIO RISCHIO:

strade urbane, scarsa visibilità, condizioni meteo, fondo stradale, presenza di fumo, cavi elettrici, mezzo instabile.

ALTO RISCHIO:

strade extraurbane, autostrade, condizioni meteo critiche, idrocarburi su fondo stradale, autocisterna, presenza d'incendio, cantieri (carichi sospesi, ponteggi).

2) Osservare la scena:

mezzi coinvolti;

tipo d'impatto;

deformazioni;

ambiente circostante;

3) A.B.C.D.E.

E' la sequenza delle azioni nell'esame generale del trauma.

Primo obiettivo: è la sopravvivenza immediata del paziente attraverso la rapida valutazione ed il contemporaneo inizio delle manovre di rianimazione e supporto delle funzioni vitali.

A - vie aeree

- I) immobilizza manualmente la testa;
- II) valuta lo stato di coscienza e la pervietà delle vie aeree;
- III) controlla la trachea e le giugulari;
- IV) posiziona il collare cervicale.

Stabilizziamo manualmente la testa e il rachide. L'obiettivo è di mantenere la testa del paziente fissata in una posizione neutra ed in linea con la colonna vertebrale. La pervietà delle vie aeree è sempre la priorità assoluta, ricordando che nel traumatizzato non va mai eseguita l'iperestensione del capo.

Se il paziente non è cosciente rimuoviamo tutto ciò che può ostacolare il passaggio dell'aria fango, terriccio, sangue, vomito, detriti. Procediamo all'apertura della bocca con la manovra di protrusione della mandibola.

Non iperestendere il capo.

Controlliamo che la trachea sia in asse e che le giugulari siano normali.

Posizioniamo secondo le procedure il collare cervicale rigido.

B - respiro

Somministrare ossigeno 10/15 L/Min;

Acronimo OpaCS:

- O: Osserva tipo e qualità del respiro / espansione del torace;
- Pa: Palpa il torace verificando simmetria espansione e rumori;
- C: Conta atti respiratori (F.R. normale 12/22 atti/min);
- S: Saturazione (>97=Buona - <90 insuff. resp. - 90/97 diff. resp.)

C - Circolo

Valutare inoltre:

Emorragie esterne importanti (procedere con emostasi e compressione);

Frequenza e tipo di polso;

Pressione arteriosa;

Presenza di polso (tachicardia >100b/min, bradicardia <60b/min, normale 60-80b/min).

Se polso radiale assente passare alla ricerca immediata di quello carotideo, la presenza di tale polso in assenza di un polso periferico palpabile è indice di una PAS compresa tra 50 e 80 mmHg. Rilevazione della P.A.

D - valutazione neurologica

valutare:

A. V. P. U.

Motilità e sensibilità degli arti.

E - esposizione

Segmenti corporei e ricerca di eventuali ulteriori lesioni, emorragie, complicanze, fratture, ecc.

Immobilizzazione, che deve essere:

- corretta (rispettando i criteri e le caratteristiche dell'attrezzatura usata);
- appropriata (cioè proporzionata al trauma);
- funzionale (deve consentire il proseguimento delle manovre di soccorso);
- rapida.

Ricontrollare parametri, ricerca otorragia e rinorragia, addome dolente, asimmetria creste iliache, motilità arti inferiori e superiori. Proteggere l'infortunato dal rischio dell'ipotermia o da eccessivo riscaldamento col telo isoteramico.

Raccogliere informazioni su eventuali patologie a carico del paziente (diabete, epilessia, ecc.) e terapie farmacologiche (anticoagulanti, ecc.)

Raccogliere notizie sulla dinamica dell'evento per un corretto iter diagnostico-terapeutico:

- Cosa è successo? (tipo di incidente: stradale, sul lavoro...)
- Che tipo di energia è stata applicata? (meccanica, termica, chimica...)
- Quanta energia è stata trasmessa? (velocità, mezzi pesanti, deformazioni del veicolo, protezioni)
- Con che modalità l'energia è stata applicata al corpo della vittima? (scontro, caduta...)
- Quale parte del corpo è stata interessata? (scontro frontale o laterale...)

La comunicazione con il 118

Comunicare al 118 i parametri del paziente, l'anamnesi e la dinamica per concordare la struttura ospedaliera adeguata per il ricovero (cardiologia, neurochirurgia, chirurgia toracica, centro ustionati, ecc.)

Parametri che richiedono l'attivazione immediata della C.O. 118:

- Corpi o materiali estranei (sangue, vomito) non rimuovibili nel paziente;
- Incosciente;
- Trisma (contrattura muscoli masticatori) con impossibilità di accedere al cavo orale;
- Gravi traumi facciali o del collo soprattutto con emorragie profuse del cavo orale o evidenti ematomi del collo;
- Ustione del volto in presenza di gonfiore delle labbra e del cavo orale
- Asimmetrie toraciche;
- Frequenza respiratoria: > 29 atti/min.;
- Saturimetria < 90 in O₂ con maschera e reservoir
- Ferite penetranti;
- Polso radiale assente con carotideo presente;
- PAS (pressione arteriosa Massima): < 100
- In assenza dei valori di PA: associazione di tachicardia, pallore, polipnea, agitazione.
- Paziente incosciente su valutazione P o U dello stato di coscienza;
- Amputazioni di arti o parti di essi (ad esclusione delle sole dita);
- Otorragia in presenza di alterazioni dello stato di coscienza;
- Asimmetria delle creste iliache deve far pensare a frattura di bacino che può essere causa di emorragia interna

APPENDICE V

LA CROCE ROSSA – STORIA, BASI E PRINCIPI DI DIU

Croce Rossa nasce da un'idea di Henri Dunant nella seconda metà del 1800.

Dunant era un commerciante svizzero nato l'8 maggio del 1828 (data da ricordare poiché si tende a festeggiarla nel nostro movimento). I

In occasione di un viaggio di lavoro si trovò ad assistere alla Battaglia di Solferino (24 giugno 1859), nella quale si videro scontrare gli eserciti franco-sardo con quello austroungarico. Al giorno d'oggi, per iniziativa del Museo della Croce Rossa di Castiglione delle Stiviere (MN), si tiene annualmente un *happening* internazionale in cui si celebra il percorso che il nostro fondatore fece andando a chiamare la gente di Castiglione da Solferino per andare a soccorrere i feriti ed i morenti sul campo.

Sul campo erano presenti ben 300.000 uomini, dei quali 40.000 morirono o vennero gravemente feriti. Il tipo di guerra di allora non era come quello che siamo abituati a vederla noi, in quanto il nemico veniva affrontato spesso *vis-a-vis*, con armi bianche e con particolare violenza nella lotta.

Lo svizzero scrisse poi un piccolo diario, o resoconto personale, di quanto visto: “un ricordo da Solferino” è il primo scritto in cui di fatto pone le basi di quell'associazione che sarà conosciuta come “Croce Rossa”.

La sua idea era quella di portare aiuto a tutti i feriti e malati nelle battaglie, un'idea che venne poi estesa a trecentosessanta gradi ampliandola, come vedremo, non solo ai conflitti, ma alla vita umana in generale.

Mise anche in evidenza come la Croce Rossa non doveva prendere posizione o tenere atteggiamenti scandalistici, poiché questo andrebbe ad interferire col suo scopo primario (portare assistenza ed aiuto dove questo manca, in tutte le situazioni possibili).

La nascita e la scelta del simbolo che è divenuto icona ai giorni nostri verrà trattato tra poco.

Lo scopo primario della Croce Rossa è quello, oggi come ieri, di regolamentare i conflitti al fine di ridurre sempre più la scelta di muovere una guerra per risolvere conflitti o tensioni tra popolazioni o stati. Il Diritto Internazionale Umanitario, come vedremo, ha in sé queste premesse.

Dunant, proprio per l'impegno e gli sforzi che adottò dal punto di vista umanitario, venne insignito del Premio Nobel per la pace nel 1901 (ricordiamo anche come egli stesso passò un periodo in cui venne estromesso dal Movimento da lui creato nel decennio precedente l'inizio secolo: questo lo scrivo per ricordare a tutti i lettori che è prassi nella nostra associazione misconoscere i valori delle persone cui danno l'anima per gli ideali che portiamo avanti. Questa nota serva da mentore per tutti coloro che attraversano periodi di “scoramento” o “delusione” e accarezzano l'idea di lasciare: se anche Dunant avesse fatto così – lui come tanti altri – Croce Rossa non sarebbe arrivata ai risultati che ci hanno fatto conoscere in tutto il mondo e salvare migliaia di vite umane. Gli ideali contano di più che le malelingue delle persone, ndr).

Passiamo ora ad analizzare più in dettaglio dapprima il simbolo che adottiamo e come è strutturata la Croce Rossa sia a livello internazionale che a livello nazionale.

L'articolo 7 della Prima convenzione di Ginevra, tenutasi il 22 agosto 1864 (data ufficiale di nascita della C.R.) recita quanto segue:

“la bandiera distintiva e uniforme sarà adottata per gli ospedali, i posti di primo soccorso e le sue evacuazioni. In ogni circostanza dovrà esser accompagnata dalla bandiera nazionale del paese in cui è adottata. Anche un bracciale [il famoso “bracciale di neutralità”, obbligatorio in tutte le azioni di soccorso in campo di guerra, ndr]

sarà ammesso per tutto il personale neutrale di soccorso, ma il suo rilascio dipenderà dall'autorità militare. Bandiera e bracciale recheranno una Croce Rossa su sfondo bianco”.

Il simbolo ha validità solo se accompagnato da un documento rilasciato dal governo (del paese in cui ci si trova ad operare) tramite una carta d'identità temporanea per l'identificazione di chi lo porta.

Il simbolo, cioè la Croce Rossa, dovrà esser semplice: due linee rosse che s'incrociano perpendicolari su sfondo bianco. Lo stesso simbolo, ma invece con le scritte, è adottato unicamente dal Comitato Internazionale della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa (il CICR, o I.C.R.C., in lingua inglese).

Croce Rossa è così strutturata:

- CICR;
- Società Nazionali;
- Federazione Internazionale della Croce Rossa e Mezzaluna Rossa;
- Stati firmatari delle Convenzioni di Ginevra;
- Conferenza Internazionale;
- Commissione permanente e consiglio dei delegati.

Il CICR è la componente probabilmente più importante di Croce Rossa stessa: è l'unica ad avere lo status di Organizzazione Non Governativa, è un'istituzione privata, umanitaria, indipendente e composta solo da membri svizzeri (25, scelti per cooptazione. La cooptazione è un metodo per la scelta dei nuovi membri di un organo collegiale, consistente nella loro elezione da parte dell'organo stesso o di un collegio ristretto costituito al suo interno). Si tratta della diretta discendente del comitato dei cinque nato con Dunant¹.

Il CICR è regolato in accordo alle leggi svizzere e svolge grazie ad essi un'azione internazionale. Essendo le leggi svizzere per loro natura neutrali e non di parte e il CICR un'istituzione privata sottoposta alla legislazione del paese cui fa riferimento, il CICR si rivela essere un intermediario neutrale nelle situazioni di conflitto armato².

Il CICR è promotore del DIU, sancisce la nascita di una Società Nazionale di Croce Rossa, può svolgere le funzioni di potenza protettrice, assicura assistenza e protezione alle vittime dei conflitti armati.

È l'organo esecutivo dell'intero movimento di Croce Rossa.

Più specificatamente, i compiti del C.I.C.R. in tempo di guerra sono:

- visitare ed intrattenersi, senza testimoni, con prigionieri militari e con gli internati civili;
- raccogliere notizie sui prigionieri, sui feriti e sugli internati civili e trasmetterle ai familiari;
- organizzare e convogliare soccorsi per le popolazioni civili dei territori occupati;
- intervenire presso i belligeranti come intermediario neutrale nell'intento di migliorare la sorte delle vittime;
- ricongiungere i nuclei familiari separati a causa dei conflitti.

In tempo di pace invece:

- provvedere al perfezionamento e alla diffusione delle norme delle Convenzioni di Ginevra e del Diritto Internazionale Umanitario;
- decidere sul riconoscimento delle Società Nazionali di Croce Rossa di nuova costituzione.

¹ I primi cinque fondatori furono, oltre a Dunant, Gustave Moynier, Henry Dufour, Louis Appia e Theodore Maunoir.

² A differenza delle Società Nazionali di Croce Rossa cui sono tutelate dalle leggi in cui esse sono presenti.

Le Società Nazionali sono attualmente 185 e si impegnano nella promozione dei 7 principi di Croce Rossa. Sono autonome e allo stesso tempo dipendenti dai poteri pubblici. Si trovano quindi come componenti ausiliarie dei servizi di sanità militare in caso di conflitto armato (solo in quest'occasione! Ricordiamo come la presenza del corpo militare nella Croce Rossa Italiana provochi spesso incomprensioni tra il nostro paese e Ginevra. La presenza di una componente di Croce Rossa – che per sua intima natura si adopera per fare in modo di arrivare mai al conflitto armato come risoluzione di una tensione tra stati – in una struttura che per sua natura è militarizzata crea un paradosso. Infatti siamo l'unico stato tra tutte le Società Nazionali ad avere un corpo militare di Croce Rossa...).

Le società nazionali possono venir estromesse dal Movimento Internazionale di Croce Rossa se non rispettano le normative dettate dal CICR o non pagano la quota associativa per più di 3 anni consecutivi. L'Italia venne estromessa dal 1941 al 1949 (perché non fece niente per andare contro alle leggi razziste formulate da Mussolini e non si dissociò da esse).

Una società nazionale di Croce Rossa per poter vedere la luce deve avere queste condizioni:

- a- esser presenti su uno stato indipendente;
- b- lo stato dev'esser uno di quelli firmatari delle Convenzioni di Ginevra;
- c- non devono essere presenti sul territorio altre società nazionali di Croce Rossa;
- d- Ginevra deve riconoscere ufficialmente la sua presenza;
- e- devono poter esser autonome;
- f- devono attenersi all'uso e alle normative del simbolo di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa;
- g- dev'esser presente in modo capillare su tutto il territorio;
- h- i volontari che la compongono devono esser scelti senza alcuna distinzione tra sesso, religione e componente politica;
- i- deve diffondere e far rispettare il DIU.

La Federazione Internazionale di Croce Rossa e di Mezzaluna Rossa (FICR) nacque nel 1919 dopo che Dunant propose di mantenere vive le strutture ed i mezzi impegnati alla fine del primo conflitto mondiale. Al giorno d'oggi la FICR coordina le varie attività delle società nazionali di Croce Rossa a livello mondiale: a titolo di esempio di può portare il caso dello Tsunami avvenuto in Asia qualche anno fa. Quando le varie società nazionali dei paesi coinvolti non riuscirono da sole a far fronte alle varie emergenze umanitarie cui si trovarono ad operare, la FICR attivò e coordinò le società nazionali di tutto il mondo nelle varie mansioni di soccorso ed aiuto umanitario nei paesi coinvolti.

Il ruolo della FICR è più legata all'aspetto di Protezione Civile che altro.

La Conferenza Internazionale della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa è l'organo supremo di controllo, è la massima autorità di Croce Rossa stessa, ne assicura il coordinamento e l'unità del movimento stesso. Rappresenta l'organo legislativo della nostra associazione (l'esecutivo è dato dal CICR), si riunisce ogni 4 anni determinando gli indirizzi e le politiche da seguire da parte delle varie società nazionali.

Un ruolo importante che ha Croce Rossa a livello internazionale è la presenza dell'agenzia centrale delle ricerche.

Fa parte del CICR e rappresenta un'ampia centrale di informazioni. Mette in contatto i prigionieri di guerra ed i feriti con le proprie famiglie in caso di guerra o in stati ove essa sia presente.

Ha il compito di reperire informazioni sulle persone disperse: tale funzione è prevista dal regolamento nazionale e deve essere presente un'agenzia delle ricerche in ogni comitato Provinciale della Croce Rossa Italiana.

Ristabilisce i contatti tra membri di una famiglia separati in guerra e ne organizza il loro ricongiungimento; trasmette pure la corrispondenza tra familiari.

Si occupa quindi dei documenti necessari per il ritorno delle vittime ai propri paesi d'origine.

Croce Rossa Italiana – Storia, composizione interna e normative

Nasce ufficialmente il 15 giugno 1864 col nome di “Comitato Milanese dell'Associazione Italiana di soccorso per militari feriti e malati in tempo di guerra”; questo comitato si ingrandirà sempre più fino ad esser riconosciuto come Comitato Centrale della Croce Rossa Italiana. Nel 1872 le funzioni e il centro logistico venne trasferito da Milano a Roma, ove tuttora è ancora presente. Dal 1886 venne riconosciuto dallo stato italiano come Ente Morale.

Tra il 1928 e il 1929 ci fu il Nuovo Ordinamento e Statuto, con nuovi compiti per la CRI. Questi includevano la profilassi delle malattie infettive, l'assistenza sanitaria, l'educazione e la prevenzione igienica, le funzioni di soccorso in calamità pubbliche (come gli eventi sismici); tutte queste mansioni erano poste sotto la vigilanza del Ministero dell'Interno.

Nel 1947 venne promulgato un decreto legge relativo ad un ampliamento dei compiti della CRI. Questo fu reso necessario in quanto – come già riportato sopra – la CRI venne estromessa dal Movimento Internazionale dal 1941 e vi era inserita solo come Società Osservatrice (l'equivalente di Israele e Kazakistan fino a pochi anni fa).

In questo decreto vennero regolamentati il funzionamento degli ospedali da campo, delle infermerie e di tutte le strutture di emergenza sanitaria. Fu istituita un'organizzazione a livello nazionale di pronto soccorso, di trasporto di malati e feriti, la preparazione del personale ausiliario per l'assistenza sanitaria nonché la collaborazione nella diffusione delle norme di igiene e di primo soccorso. Grazie a questo sforzo – materiale e politico – Ginevra ci riconobbe nuovamente come Società Nazionale di Croce Rossa (anche se dopo 2 anni dalla legge, cioè nel 1949).

Occorre premettere come la CRI fosse stata ad inizio secolo uno dei 5 paesi conosciuti come “Lega dei 5 stati”, che pose le basi alla futura FICR (assieme all'Italia ne facevan parte il Giappone, la Francia, la Gran Bretagna e gli Stati Uniti d'America).

Tra il 1975 e il 1978 l'Italia vide la nascita del Servizio Sanitario Nazionale, e la CRI venne nuovamente riorganizzata di conseguenza a questo. Si assistette al trasferimento presso i comuni dei servizi di assistenza sanitaria della CRI e cominciò a collaborare con le varie unità sanitarie locali.

Oggi la Croce Rossa Italiana è un ente di diritto pubblico, un'associazione di soccorso su base volontaria³, è organizzata su un proprio statuto con struttura piramidale [Nazionale – Regionale – Provinciale – Locale], è suddivisa in sei componenti (dipendenti esclusi) e conta circa 151,000 volontari sparsi su tutto il territorio nazionale (i dipendenti sono 5,000).

³ Piccola precisazione: il concetto di volontariato non è sinonimo di gratuità. Volontario è colui che presta di sua spontanea volontà un supporto fisico e/o intellettuale presso una determinata associazione, ma non per questo gli devono esser negati i normali requisiti e tutela spettanti a qualsiasi altro tipo di lavoratore. Per questo motivo, spesso frainteso da chi formula le convenzioni, ogni Volontario di Croce Rossa ha diritto ogni 8 ore di un pasto, di un riposo e non può svolgere più di tot ore continuative di servizio.

Lo statuto della C.R.I. è molto importante in quanto rappresenta una figura giuridica necessaria per poter firmare delle convenzioni.

Dal 2005 la C.R.I. ha un nuovo statuto (DPCM 6/5 2005, 97) e dopo quasi 18 anni di commissariamento abbiamo eletto un Presidente Nazionale (Massimo Barra, tuttora in carica); lo statuto è composto di 51 articoli suddivisi in 3 capi (disposizioni generali, ordinamento, amministrazione e patrimonio). Si rimanda ad ogni singolo volontario la sua lettura ma soprattutto la sua conoscenza.

All'interno dello statuto si fa presente che per esser definito come socio attivo si deve appartenere ad uno delle 6 componenti, che esamineremo in dettaglio tra poco. A livello internazionale, la Croce Rossa Italiana è l'unica Società Nazionale a possedere questa suddivisione. Nello statuto non è espressa chiaramente in forma ufficiale la distinzione tra componente civile e componente militare.

NOTA riguardo al Corpo Militare e alle Infermiere Volontarie:

secondo quanto espresso dall'articolo 14 del vigente statuto, il Corpo Militare è disposto dal Presidente Nazionale della C.R.I., cui spetta la sua vigilanza assieme al Ministero della Difesa. Prima incongruenza: come mai il CM non ha con sé le donne quando il loro arruolamento è previsto dalle nostre leggi? Per questo motivo il Corpo Militare della C.R.I. risulta essere nel suo fondamento fuori legge...

Per quanto riguarda le Infermiere Volontarie, il loro impiego è disposto dal Capo di Stato Maggiore della Difesa. E qui troviamo la seconda grande incongruenza della C.R.I., la quale è un motivo di disaccordo con Ginevra: la natura delle "sorelle" va a collidere in pieno con i 7 principi di Croce Rossa, che si adopera da sempre nel limitare le guerre. E non esiste che Croce Rossa sia inclusa e comandata giuridicamente in una struttura che come finalità ha proprio quella di esser armata e pronta al conflitto (l'Esercito e il comando di Stato Maggiore della Difesa).

Le componenti della Croce Rossa Italiana

Corpo Militare (CM).

Composto da circa 3500 volontari suddivisi in ufficiali, sottufficiali e militi. Sono impiegati in Italia e all'estero. Esiste un centro di mobilitazione per ogni capoluogo di regione (21 totali). Al suo vertice troviamo un Ispettore Nazionale.

I compiti del CM sono quelli di custodire e mantenere le dotazioni sanitarie campali, addestrare il personale militare anche in congedo e intervenire in operazioni di soccorso di massa per ogni esigenza.

È componente ausiliaria delle Forze Armate.

Il NAAPRO è la componente volontaria del Corpo Militare.

Stesso discorso per le IIVV: il CM in tempo di pace e per sua regolamentazione giuridica collide in pieno con i principi di Croce Rossa.

Infermiere Volontarie (IIVV).

Sono circa 7700 volontarie, rientrano come corpo ausiliario delle Forze Armate, anche se collaborano a fianco della Sanità Militare sin dal 1908. (Nota: verificare quanto scritto, in quanto mi risulta che le sorelle siano ausiliare alla sanità militare mentre il CM è ausiliario alle forze armate...)

La struttura gerarchica è analoga a quella del CM.

Comitato Nazionale Femminile.

Costituito nel 1962, nel 2007 erano censite a quota 27,653. Operano principalmente per la raccolta dei fondi da impegnare nelle attività istituzionali dell'Associazione e negli aiuti umanitari. I loro compiti sono nell'assistere i meno abbienti, raccogliere fondi, sostenere iniziative sociali e di natura socio-assistenziale.

Donatori di sangue.

Componente nata nel 1950 per far fronte alla carenza di sangue nel secondo dopoguerra. Nel 2007 contava 5,073 volontari. Risulta essere una componente superflua, in quanto per istituto TUTTI i soci – attivi e non – della C.R.I. dovrebbero donare sangue.

Pionieri.

Costituita nel 1976, composta da più di 15mila volontari con età compresa tra i 14 e 25 anni. Svolgono attività di formazione ed educazione sanitaria ai coetanei e partecipano a tutte le attività previste dallo statuto. In ambulanza però non possono entrare se non hanno compiuto il 18° anno di età. Struttura analoga ai V.d.S.

Volontari del Soccorso.

Costituiti ufficialmente nel 1945, contiamo più di 100mila presenze dislocate su oltre 1000 gruppi; operiamo 24 ore su 24 su tutto il territorio nazionale e partecipiamo a tutte le attività previste dallo statuto. Inutile dirlo, siamo la componente C.R.I. più numerosa.

Le nostre attività – nello specifico – sono quelle di primo soccorso e soccorso infermi, le attività di formazione, quelle sociosanitarie e la diffusione del DIU. A livello gerarchico abbiamo: un Ispettore Nazionale (Scognamiglio), 3 Vice Nazionali (Uno per area geografica, in teoria), gli Ispettori Regionali, quelli Provinciali e quelli Locali (o di Gruppo); è prevista la presenza di 2 Vice Ispettori di Gruppo se questo ha più di 50 V.d.S.

Infine, ricordiamo che la C.R.I. per sua costituzione è altresì organizzata in una componente istituzionale e una volontaristica.

Accennando solo alla parte istituzionale, ricordiamo la presenza dei Direttori in Croce Rossa: il direttore generale – e di conseguenza ma in modo proporzionato alla carica anche il direttore regionale – esercita tutti quei poteri relativi alla gestione e all'amministrazione, ivi compreso il contrattare con gli enti. Il direttore provinciale è una figura che è scomparsa con l'ultimo statuto: il suo compito spetta quindi al Presidente Provinciale.

I principi fondamentali del DIU sono sostanzialmente due:

- la PROPORZIONALITA' nell'esercizio della violenza bellica;
- la DISTINZIONE in relazione agli obiettivi legittimi di violenza bellica.

Al fine di permettere e facilitare il rispetto di tali principi è necessario che la distinzione operi soprattutto in modo visivo.

L'emblema principale – Croce Rossa – apparve sin dal 1864, regolamentato dal famoso articolo 7 della prima convenzione di Ginevra. Nelle successive ratifiche (1906, 1929, 1949) il nostro simbolo è sempre stato ribadito e specificato. La convenzione del 1929 fu particolarmente importante in quanto legittimava anche l'uso della Mezzaluna Rossa e il Leone col Sole Rosso.

La definizione originaria del simbolo di Croce Rossa, come proposta e ideata da Dunant stesso è: "...una croce greca di 2 assi sovrapposti fra loro di egual misura..."

Il discorso dei "cinque quadrati rossi uniti fra loro", usati anche come metafora visiva per schematizzare le componenti del Movimento Internazionale di Croce Rossa, è una trovata tipicamente italiana che niente ha a che vedere con le definizioni ufficiali. Il nostro simbolo altro non è un paio di tratti (rossi) uguali e sovrapposti a 180 gradi. Fine.

I colori vennero adottati dalla Convenzione del 1906 in cui si fece ricorso al rosso della croce e al bianco di sfondo in onore al paese ospitante le convenzioni e patria di Dunant, cioè la Svizzera.

Il terzo protocollo. Cioè l'adozione del nuovo simbolo.

L'8 dicembre 2005 venne adottato ufficialmente il simbolo del Quadrato Rosso: in quell'occasione 98 stati su 192 aventi diritto di voto acconsentirono alla sua adesione.

L'Italia ha firmato il protocollo, ma non lo ha ancora ratificato.

A seguito di questa decisione l'ufficializzazione del quadrato rosso su sfondo bianco divenne operativa: ad ogni società nazionale spetterà la scelta di inserire al suo interno gli emblemi riconosciuti dalle convenzioni di Ginevra.

Grazie a questo escamotage si pose fine alla diatriba con Israele, che da anni figurava come società osservatrice. Occorre anche dire che, nonostante Israele abbia ratificato il 3 protocollo solo due anni dopo la sua stesura (cioè nel 2007), pecchi ancora nel mettere in pratica su mezzi e personale il quadrato, usando ancora a livello operativo la stella di Magen David (che per Ginevra è fuori legge).

La definizione di cristallo rosso è erranea: è un quadrato rosso a tutti gli effetti, e non risulta in nessun documento ufficiale del CICR la dicitura di rombo o cristallo.

L'uso dell'emblema è duplice:

funzione PROTETTIVA. Assicura protezione ai feriti, ai malati ed ai soccorritori. Viene apposto su ospedali, infermerie, formazioni campali, trasporti e personale sanitario. Deve avere grandi dimensioni. Ogni abuso dell'emblema costituisce grave violazione del DIU.

Funzione DISTINTIVA. Rende riconoscibile i beni, i locali, i trasporti ed il personale. In questo caso deve essere di piccole dimensioni: la differenza sta che il simbolo più grande è usato in guerra, quello piccolo in tempi di pace.

Ogni stato che lo adotta e lo appone è responsabile del suo utilizzo.

L'uso dell'emblema da parte di altre associazioni (...croce verde...) è permesso purché venga autorizzato dal Presidente Nazionale della Croce Rossa di quello stato e comunque sempre per un periodo temporaneo e limitato per tempo. La caritas a tal riguardo incorse più volte in ammonimenti da parte di Ginevra per aver abusato del simbolo.

Emblema di protezione dei beni culturali



Protezione semplice (il nero dev'esser sostituito dal blu)



Protezione speciale (Idem sopra per i colori: blu al posto del nero)

Introdotti con la convenzione dell'Aja del 14 maggio 1954. Il loro uso può esser messo in atto con una semplice delibera del consiglio comunale e apposto su luoghi di particolare interesse e importanza storica. Con questo simbolo la distruzione dell'edificio su cui è apposto viene tollerata (ma MAI riconosciuto dal DIU) solo per necessità militare: con questa regola la scelta militare di attacco si rende necessaria per procurare meno danno in una determinata situazione.

Classico esempio di DIU: siamo in una zona di guerra, all'interno di un ospedale da campo. Accanto a noi c'è un campanile col simbolo di protezione di bene culturale. Sul campanile c'è un cecchino che continua ad ammazzare gente e feriti dell'ospedale. Come agire?

Risposta: si opta per la distruzione del campanile – necessità militare – perché facendo così si sceglie tra il male minore (o lasciare vivo il cecchino o ammazzarlo per far vivere più persone).

L'emblema di protezione speciale, cioè i 3 simboli, implica che la scelta della necessità militare spetta unicamente ad un generale.

Esiste poi un emblema di protezione rinforzata, che però non ha ancora un suo simbolo.

Rinforza quanto espresso e trasmesso dai primi due.

Altri emblemi di protezione

PG

Campi di prigionia



Installazioni pericolose (i cerchi sono rossi)

CI

Campi di internamento



Protezione civile (lo sfondo è arancione)



Zone sanitarie (i riquadri sono rossi)

Il DIU è una branca del Diritto Internazionale che si occupa all'interno di un conflitto bellico. Ha il compito di tutelare tutte le persone nel conflitto stesso (partecipanti, feriti e popolazione). Rappresenta un insieme delle norme del Diritto Internazionale posto quindi a tutela e protezione, in tempo di conflitto armato, di tutti coloro che non prendono più parte alle ostilità, limitando l'impiego di mezzi e metodi di guerra.

La sua nascita ha tempi lontani, in quanto sin dall'antica Cina si è cominciato a trascrivere in modo sistematico delle norme morali (vedasi "L'arte della guerra" di Sun-Tzu).

Nel medioevo le regole antesignane del moderno DIU si trova nei comportamenti cavallereschi ed umanitari (la difesa dei deboli da parte del cavaliere). Fu sempre nel medioevo che si cominciò a parlare di tregua, di pace di Dio e Cartelli.

Una prima codificazione di queste norme avvenne a Parigi il 16 aprile 1856, con la dichiarazione per regolare diversi punti di diritto marittimo.

La convenzione di Ginevra del 22 agosto 1864 sancì ufficialmente la tutela e il miglioramento dei soldati feriti degli eserciti di campagna.

Due figure molto significative del 1800 portarono alla strutturazione nel secolo seguente di Croce Rossa e del suo apparato giuridico:

Florence Nightingale, la quale per prima si adoperò per la sensibilizzazione sociale riguardo le pratiche salutistiche ed igieniche [anche se si oppose sempre alla creazione di Croce Rossa...];

Ferdinando Palasciano, un medico che andò contro gli ordini dei superiori andando a curare anche i feriti nemici.

Dunant non fece altro che mettere assieme le idee di questi due personaggi (formazione dei soccorritori e soccorso verso chiunque).

I capisaldi della convenzione di Ginevra furono:

la neutralità dei servizi sanitari, l'imparzialità (visibile con l'emblema) ed in tempi di pace il preparare personale sanitario per intervenire nelle guerre future.

Nel 1868 con la dichiarazione di San Pietroburgo vennero poste altre basi cruciali per il moderno DIU, in quanto "... il solo scopo legittimo degli stati belligeranti è l'indebolimento delle forze militari nemiche... si va al di là dello scopo anzidetto se si usano armi che aggravano inutilmente le sofferenze degli uomini messi fuori combattimento o ne rendono la morte inevitabile..."

Con la convenzione dell'Aja del 1899 e del 1907 si assistette poi alla definizione di combattente, si parlò per la prima volta della protezione della popolazione civile, del trattamento dei prigionieri di guerra, la limitazione dei mezzi e dei modi di combattimento (oltre a quelle della potenza occupante) e la formulazione del concetto del "si omnes", cioè che tutti gli stati devono accettare le regole suddette.

Nel 1929 si arrivò a sistematizzare tutto quanto accaduto negli anni successivi al 1864.

Vediamo quindi nello specifico cosa trattano le Convenzioni ed i protocolli aggiuntivi.

Il 12 agosto 1949 furono adottate a Ginevra, in sostituzione delle incomplete ed ormai obsolete norme contenute nei testi precedentemente in vigore, quattro Convenzioni, le quali attualmente costituiscono i principali trattati di D.I.U. in materia di protezione delle vittime della guerra, ratificati a tutt'oggi da ben 168 Stati.

1ª Convenzione, per il miglioramento della sorte dei feriti e malati delle forze armate in campagna;

2ª Convenzione, per il miglioramento della sorte dei feriti, malati e naufraghi delle forze armate sul mare.

Queste due Convenzioni dettano innanzitutto norme immediatamente relative alla protezione di feriti, malati e naufraghi, siano essi civili o militari, soprattutto in previsione dell'ipotesi che si trovino in potere della parte avversa. Tali soggetti, purché si astengano dal continuare a prendere parte alle ostilità, hanno diritto ad essere raccolti e trattati con umanità del nemico ed a non subire violenze contro la vita o la persona, furti e spoliazioni, ed esperimenti medici o biologici; hanno inoltre diritto ad essere curati senza distinzioni sfavorevoli od in base a criteri diversi da quelli strettamente sanitari, a non essere lasciati intenzionalmente senza assistenza medica oppure esposti a contagi od infezioni, e ad essere rispettati dalla popolazione civile. Le Convenzioni stabiliscono quindi, al fine di rendere effettiva tale protezione, che la raccolta e lo scambio di feriti e malati devono essere favoriti; che ciascun belligerante può costituire sul territorio da lui controllato zone e località sanitarie; che gli ospedali, le infermerie, le formazioni sanitarie mobili e territoriali ed i trasporti sanitari (ambulanze, navi e treni ospedale) non possono essere attaccati e, se catturati, devono essere rispettati e protetti; che il personale sanitario e religioso, purché si astenga dal compiere atti di violenza bellica, non può essere attaccato e, se catturato, non diventa prigioniero di guerra ma deve essere restituito allo Stato di appartenenza, salvo che sia necessario per provvedere alla cura ed all'assistenza dei prigionieri di guerra; che, infine, per rendere manifesto il diritto alla particolare protezione loro spettante, i luoghi, le costruzioni, gli attendamenti, i mezzi di trasporto ed il personale di cui sopra devono portare in modo visibile a distanza l'emblema della Croce Rossa o della Mezzaluna Rossa.

3ª Convenzione, per il trattamento dei prigionieri di guerra

La Convenzione stabilisce innanzitutto quali siano i soggetti cui, in caso di cattura, spetti lo "status" di prigioniero di guerra: essi sono i combattenti legittimi delle Parti belligeranti, il riconoscimento della cui qualità è legato alla appartenenza ad una delle categorie specificamente indicate, con la rispettiva elencazione dei requisiti richiesti per l'appartenenza a ciascuna di esse (forze armate regolari, milizie e corpi volontari, membri di movimenti di resistenza organizzati, leva di massa). I prigionieri di guerra, così definiti, sono assoggettati alle leggi ed ai regolamenti vigenti nelle Forze Armate della Potenza Detentrici ed hanno diritto ad essere risparmiati e trattati con umanità e senza alcuna distinzione sfavorevole, internati lontano dalla zona di combattimento, alloggiati in modo analogo alle truppe della Potenza Detentrici, sottoposti a sole sanzioni disciplinari in caso di evasione non riuscita, regolarmente processati qualora siano accusati di aver commesso dei reati, liberati e rimpatriati alla fine delle ostilità. Essi non devono:

essere sottoposti a torture, mutilazioni, esperimenti biologici, violenze, trattamenti disumani e degradanti, intimidazioni e spoliazioni;

essere costretti a fornire altre informazioni se non il proprio nome, cognome, grado, data di nascita e numero di matricola;

essere adibiti a lavori malsani, pericolosi o aventi scopi militari;

essere esposti alla pubblica curiosità;

essere utilizzati come scudi umani od ostaggi. I prigionieri di guerra hanno infine diritto a ricevere le cure mediche di cui necessitano, razioni alimentari e vestiario in misura sufficiente, la corrispondenza dai propri

familiari, le visite dei delegati del C.I.C.R. o della Potenza Protettrice, i pacchi inviati da privati od enti di soccorso, un'equa indennità per il lavoro eventualmente svolto e, se possibile, l'assistenza di un ministro di culto della loro religione.

4ª Convenzione, per la protezione delle persone civili in tempo di guerra

La Convenzione, adottata nel tentativo di evitare il ripetersi delle atrocità della seconda guerra mondiale, stabilisce, come regola generale, che la popolazione civile in quanto tale, a meno che non partecipi essa stessa direttamente alle ostilità, non può essere attaccata. Stabilisce inoltre che le Parti belligeranti devono rispettare e proteggere gli ospedali civili, i trasporti sanitari civili ed il relativo personale sanitario e religioso; devono consentire il libero passaggio di medicinali e materiale sanitario destinati esclusivamente alla popolazione civile, e possono accordarsi per la creazione di zone neutralizzate. La convenzione stabilisce inoltre che feriti, malati, invalidi, fanciulli, donne in periodo di gravidanza e persone anziane hanno diritto a protezione e rispetto particolari e che le Parti belligeranti possono creare sul territorio da esse controllato zone sanitarie e di sicurezza per metterli al riparo dagli effetti delle ostilità. Una protezione speciale è stabilita altresì in favore delle popolazioni dei territori occupati dal nemico, maggiormente esposti ad arbitri e privazioni. Esse hanno diritto al rispetto della persona, dell'onore e delle convinzioni religiose; ad essere trattate con umanità e senza distinzioni di carattere sfavorevole; a non subire torture, mutilazioni, esperimenti medici o biologici, violenze, pene collettive, insulti, intimidazioni, coercizioni fisiche o morali per rivelare informazioni, deportazioni, rappresaglie, saccheggi e spoliazioni; a non essere utilizzate come ostaggi o scudi umani; a comunicare con il C.I.C.R. e la Potenza Protettrice. E' infine prescritto che agli internati civili, vale a dire a quei civili che subiscono la privazione della libertà in quanto, pur non avendo commesso alcun reato, per le loro idee politiche o per altri motivi potrebbero costituire un pericolo per le truppe occupanti, spettano garanzie di trattamento analoghe a quelle previste per i prigionieri di guerra.

I due protocolli aggiuntivi del 1977

L'8 giugno 1977, a seguito di una Conferenza diplomatica, furono approvati due Protocolli Aggiuntivi alle Convenzioni di Ginevra del 1949, che segnarono un'ulteriore importante evoluzione del D.I.U., resa necessaria dall'affermarsi di sempre nuove problematiche in materia di conflitti armati e degli spesso radicalmente mutati caratteri di questi ultimi.

1° Protocollo: protezione delle vittime dei conflitti armati internazionali

Il Protocollo, ratificato a tutt'oggi da 108 Stati, introduce importanti modifiche ed ampliamenti alle norme contenute nelle Convenzioni di Ginevra, e ciò alla luce delle tragiche esperienze dei molteplici conflitti verificatisi successivamente alla Seconda Guerra Mondiale. In particolare, esso rafforza la protezione della popolazione civile dagli effetti diretti delle ostilità; estende in modo completo al personale sanitario, ai trasporti ed agli ospedali civili la protezione già prevista per quelli militari; detta norme a tutela del personale e dei mezzi preposti ai servizi di Difesa Civile necessari alla sopravvivenza della popolazione; amplia le categorie di combattenti che, in caso di cattura, hanno diritto allo "status" di prigioniero di guerra, includendovi, a determinate condizioni, anche i guerriglieri; definisce in modo chiaro il concetto di "obiettivo militare"; proibisce l'uso di certi mezzi di combattimento e l'esecuzione di attacchi indiscriminati; ribadisce il divieto, già espresso dalla Convenzione di Ginevra del 1976 per la protezione dell'ambiente naturale, di causare a scopi ostili o nello svolgimento di operazioni militari, danni estesi, durevoli e gravi all'ambiente naturale; disciplina infine le azioni internazionali di soccorso in favore di popolazioni insufficientemente

approvvigionate di viveri, medicinali, materiale sanitario ed altri beni di prima necessità.

2° Protocollo: protezione delle vittime di conflitti armati non internazionali

Il Protocollo, adottato in seguito al sempre più acuto diffondersi di situazioni di guerriglia e di vera e propria guerra civile in molti Paesi del mondo, ed attualmente ratificato da 98 Stati, integra le disposizioni contenute nell'articolo 3 comune alle Quattro Convenzioni di Ginevra del 1949, il quale garantiva un minimo di protezione alle vittime di tutti i conflitti interni. L'ambito di operatività del 2° Protocollo, e conseguentemente delle più estese e penetranti garanzie, è però più ridotto rispetto a quello del sopra ricordato articolo 3, dato che può applicarsi esclusivamente a quei conflitti armati non internazionali che abbiano una certa estensione e presentino determinati requisiti, quali, ad esempio, lo stabile controllo da parte delle forze ribelli di una parte del territorio del Paese teatro delle operazioni militari. Il Protocollo detta alcune garanzie fondamentali a protezione di tutte le persone che non partecipano alle ostilità, di feriti, malati e naufraghi, delle installazioni, dei trasporti e del personale sanitari, delle persone detenute per cause attinenti al conflitto (non trovandosi in presenza di un conflitto armato internazionale, non può tecnicamente parlarsi di prigionieri di guerra), nonché della popolazione civile.

Le 7 regole del DIU

- 1) le persone messe fuori combattimento e quelle che non partecipano direttamente alle ostilità hanno diritto al rispetto della loro vita e della loro integrità fisica e morale;
- 2) è fatto divieto di uccidere o ferire un avversario che si arrende o che è fuori combattimento;
- 3) feriti e malati saranno colti e curati dalla parte in conflitto di chi li ha in suo potere. La protezione copre anche personale sanitario, mezzi e stabilimenti;
- 4) i combattenti catturati hanno diritto al rispetto della vita e dei diritti personali. Essi saranno protetti contro atti di violenza e rappresaglie. Hanno diritto di comunicare con la loro famiglia di origine.
- 5) Diritto a ricevere un equo processo (garanzie giuridiche fondamentali), non dovranno subire torture fisiche o mentali, né a pene crudeli o trattamenti degradanti.
- 6) Non diritto illimitato della scelta delle armi, specie quelle causanti perdite inutili o sofferenze eccessive. (NOTA: riguardo le mine antiuomo il loro uso è ritenuto legittimo in caso di conflitto ma è l'uso indiscriminato di esse che va bandito. La messa in opera delle mine antiuomo segue un protocollo molto dettagliato e rigido, e vanno sempre tolte a fine conflitto)
- 7) Le parti combattenti faranno sempre attenzione tra popolazione civile e combattenti e gli attacchi dovranno esser unicamente diretti verso obiettivi militari.

Di seguito, visto l'arrivo dell'estate e le nuove normative in merito, trascrivo tutta la parte relativa a questi argomenti di estrema attualità dove la Croce Rossa Italiana si trova ad affrontare e gestire in prima linea.

Il clandestino è colui che è arrivato in un paese straniero in modo non regolare e senza documenti;
il profugo è un cittadino che fugge dal proprio paese d'origine per una situazione di crisi in esso presente;
l'immigrato è colui che arriva da un paese straniero con l'intenzione di restare nel paese in cui giunge;
il rifugiato è un clandestino fino a quando non viene identificato da dove proviene esattamente.

In caso di sbarco le procedure messe in atto sono 3:

- a- controllo sanitario (dalle mani si vede se hanno la scabbia);
- b- si portano le persone al Centro di Prima Accoglienza (CPA);
- c- si fa il censimento degli arrivi.

Riguardo al terzo punto alla persona vengono prese le impronte digitali e inserite nella banca dati "Eurodac", gli si chiede il nome, il cognome e il perché è arrivata in Italia.

Proprio su quest'unica domanda la persona ha due risposte possibili da dare:

prima risposta: sono qui per lavoro;

seconda risposta: per chiedere asilo politico.

La prima risposta comporta la stesura del foglio di via e l'extradizione da attuarsi entro 5 giorni (poiché il flusso migratorio per i lavoratori è regolamentato dalla legge Bossi-Fini). Il viaggio di ritorno è totalmente a carico della persona.

La seconda risposta apre la procedura della domanda di asilo politico (modulo C3) e un iter che tra poco vedremo.

Nel CPA entrano tutte le persone, poiché sono classificati sin da subito come clandestini. Nel CPA si prestano le prime cure, l'identificazione ed il rifocillamento. In queste strutture la persona può "tranquillamente" scappare, dato che è unicamente un centro di accoglienza e non di contenzione. La polizia e le forze dell'ordine sono sì presenti, ma unicamente per garantire l'ordine all'interno del campo (in caso di rissa si interviene, in caso di fuga no). Val la pena ricordare come la C.R.I. svolga diverse attività nei CPA, prima fra tutte l'impegno con l'agenzia centrale delle ricerche.

Discorso diverso per quanto riguardano i CPT, ovvero i Centri di Permanenza Temporanea. In queste strutture – NON previste dalla legge però – arrivano tutti coloro che vengano trovati col foglio di via scaduto e per far fronte al problema del rimpatrio. La polizia, trovando queste persone in giro per l'Italia in queste condizioni, non potendole mettere in carcere, le invia in suddette strutture, che sono in tutto e per tutto delle strutture coercitive (la persona NON può scappare da un CPT). Il tempo di permanenza previsto per restare all'interno di un CPT è di 30 giorni – tempo teorico necessario per identificare esattamente da quale paese d'origine proviene la persona e provvedere al suo espatrio –; scaduti questi si rilascia un permesso temporaneo di 3 mesi (raro da farsi. In realtà la persona sta nel CPT fino a quando non viene identificato. E passano diversi mesi...). Il CPT è l'equivalente di un carcere, poiché di fatto la persona commette un reato – non è rientrato nel paese d'origine nei tempi stabiliti e resta nel nostro paese in modo non regolare. All'interno dei CPT la C.R.I. è responsabile della parte sanitaria del luogo e di chi ne è inserito.

La procedura del Modello C3 (richiesta di asilo politico).

La persona che risponde di domandare asilo politico viene trasferita dal CPA presso un CID-CARA (Centro d'Identificazione – Centro di Accoglienza per il Richiedente Asilo).

In questa struttura la persona può stare al massimo 20 giorni, entro i quali deve essere ascoltato da personale della Commissione territoriale per il riconoscimento dello status politico (secondo quanto previsto dall'Art. 3 della Convenzione di Ginevra del 1951).

Al 2005, i CID-CARA presenti sul nostro territorio sono in tutto 8 [Roma, Siracusa, Crotone, Milano, Gorizia, Foggia, Caltanissetta e Ragusa. *Jesolo è un distaccamento di Gorizia, ndr*] e la persona vi può esser destinato a seconda della disponibilità recettiva in quel momento delle varie strutture. Esempio: una persona sbarcata a Lampedusa (CPA) può esser trasferita a Gorizia – e non a Siracusa, anche se più vicina – perché quest'ultima non ha posti disponibili in quel lasso di tempo.

La commissione può dare quattro responsi:

- 1) diniego (richiesta di status politico non accettato);
- 2) riconoscimento dello status;
- 3) permesso per motivi umanitari;
- 4) permesso per protezione internazionale.

In caso di diniego la persona può far ricorso al tribunale ordinario. Può quindi scegliere se far domanda di restare nella struttura fino al responso finale della pratica legale⁴ oppure chiedere un permesso temporaneo sul territorio italiano di 3 mesi (necessari ad aspettare la risposta del tribunale. Scaduti questi di solito la persona chiede di stare nel CID-CARA, dato che non esistono vincoli di tempo).

Il riconoscimento dello status comporta un permesso di soggiorno della durata di 5 anni, rinnovabili. Questo per far sì che la persona si regolarizzi fino al raggiungimento della cittadinanza italiana.

Il permesso per motivi umanitari dura 1 anno, dopo di che il caso viene riesaminato e vagliato se sussistono ancora i presupposti per tale carta. Un permesso per motivi umanitari può venir dato per quelle persone che sono fuggite dopo lo Tsunami in Asia di qualche anno fa, ad esempio.

Il permesso per protezione internazionale dura invece 3 anni, e dopo si rivaluta. Un esempio può venire da tutte quelle persone scappate durante il regime iracheno e perseguitate per via della loro religione o fazione politica.

L'organismo che aggiorna sulle varie situazioni politiche internazionali è l'ACNOR.

Il meccanismo di asilo politico si interrompe qualora la persona rimetta piede nel territorio di origine. Ad esempio, se una persona tunisina ottiene il riconoscimento dello status (5 anni) e dopo 2 anni torna nel paese d'origine, essa perde automaticamente la classificazione di rifugiato politico. Lo stesso dicasi se una persona, con status politico confermato, commetta un reato di tipo penale. Per i reati di tipo amministrativo non si perde l'asilo politico.

⁴ In questo caso la persona resta all'interno del CID-CARA per un tempo variabile, durante il quale può muoversi liberamente, purché rispettando gli orari previsti dalla legge (restare in struttura dalle 21 alle 7 di mattina). Se questa norma viene trasgredita – una persona rientra alle 21 e 1 minuto – scatta la procedura di espulsione entro 5 giorni e relativa decadenza della domanda di ricorso al tribunale.

APPENDICE VI

IL SOCCORSO PSICOLOGICO AGLI INFORTUNATI

Ogni volontario dovrebbe possedere quelle qualità che prima di tutto fanno mettere a proprio agio il paziente e trasmettere lui quella tranquillità e senso di protezione necessari per un buon soccorso.

Non esiste una vera e propria regola generale: il rispetto della persona e una profonda spinta verso l'altro, unita al fatto di esser comunque quanto più professionali e responsabili delle proprie condotte e azioni, sono concetti di base che trascendono dal nostro ruolo. Si è prima di tutto uomini sani che prestano soccorso a chi momentaneamente sano non lo è. Incarnare in noi inoltre i principi di Croce Rossa agevola nel nostro rapportarsi con l'altro.

Teniamo sempre a mente la massima "il miglior medico è colui che più di ogni altro sa infondere nell'altro la speranza": anche se non siamo medici, saper infondere speranza, non mentire e accogliere in noi la sofferenza dell'altro – familiari e conoscenti compresi! – deve essere comunque uno degli aspetti che ci caratterizzano quando indossiamo la divisa. E anche quando la togliamo.

Qui di seguito riporto tuttavia i 12 punti espressi nel manuale di Primo Soccorso redatto dai colleghi del Comitato Provinciale CRI di Udine:

- 1) cerchiamo di essere o apparire calmi e sicuri;
- 2) non diciamo cose banalmente false ("va tutto bene");
- 3) permettiamogli di vederci in viso, o stiamogli comunque accanto, a contatto, se questo non ci può vedere. Mai stare con la luce alle spalle;
- 4) presentiamoci con nome e qualifica, chiedendo se possiamo aiutarlo;
- 5) chiediamogli il nome, ma evitiamo di prendere confidenze;
- 6) informiamolo che i soccorsi qualificati sono stati chiamati e che arriveranno a breve (se necessario);
- 7) non offendiamoci se la persona ha una reazione negativa o maleducata nei nostri confronti, ma cerchiamo comunque di guadagnare la sua fiducia;
- 8) quando ci sembra di aver stabilito un certo rapporto, stabiliamo un contatto visivo o fisico, osservandogli gli occhi e tenendogli una mano o la fronte. Notare anche le sue reazioni ed agire di conseguenza;
- 9) porre le domande in modo molto semplice e ascoltare la risposta fino alla fine, possibilmente senza mai interrompere;
- 10) offriamoci di avvisare i suoi parenti;
- 11) dopo aver raccolto le informazioni necessarie, in caso di attesa prolungata, cerchiamo di farlo parlare e di farlo pensare ad altro;
- 12) evitiamo ogni forma di umorismo macabro;
- 13) va anche ricordato come tutti i commenti, le presunte diagnosi, la manifestazione del nostro malessere in soggetti incoscienti vadano evitati. Questo perché una persona incosciente non è detto che non ricordi o non senta come pure il fatto che i familiari potrebbero in qualche modo ascoltare.

BIBLIOGRAFIA

- “Il Primo Soccorso: Manuale di Primo Soccorso, educazione sanitaria, infortunistica e protezione civile”, a cura di Massimo Tessitori, edito dal Comitato Provinciale CRI di Udine, 2004;
- appunti dalla lezione di D.I.U. del corso OSES della CRI, Comitato Provinciale di Vicenza, tenuta dall’Avv. Dott. Andrea Bortolotto (attuale Presidente della CRI di Vicenza);
- “Nozioni di Pronto Soccorso e Protezione Civile”, a cura di Anna Tos Ricci, 4° edizione, edita dal Comitato Centrale CRI, 2002;
- complementi e aggiornamenti tratti dal sito ufficiale della Croce Rossa Italiana, www.cri.it;
- appunti personali dal corso di D.I.U. tenutasi a Marco di Rovereto in maggio 2008.

SOMMARIO

<i>Premessa</i>	pag. 5
Cap. 1 – Nozioni di base	pag. 7
Cap. 2 – Esame primario	pag. 9
Cap. 3 – Esame secondario	pag. 11
Cap. 4 – Emergenze respiratorie	pag. 17
Cap. 5 – Emergenze cardiache e BLS	pag. 21
Cap. 6 – Shock ed emorragie	pag. 25
Cap. 7 – Ferite	pag. 31
Cap. 8 – Morsi e punture di animali	pag. 35
Cap. 9 – Lesioni termiche (Ustioni e congelamento)	pag. 37
Cap. 10 – Emergenze ortopediche e muscolari	pag. 43
Cap. 11 – Traumi cranici e vertebrali	pag. 50
Cap. 12 – Alterazioni della coscienza	pag. 53
Cap. 13 – Emergenze addominali	pag. 57
Cap. 14 – Intossicazioni	pag. 59
App. I – Comportamento negli incidenti stradali	pag. 65
App. II – Comportamento negli incidenti domestici e sul lavoro	pag. 69
App. III – Emergenze in ambienti naturali	pag. 73
App. IV – Approccio al traumatizzato grave (ABCDE)	pag. 75
App. V – Croce Rossa e D.I.U.	pag. 79
App. VI – Soccorso psicologico agli infortunati	pag. 93
<i>Bibliografia</i>	pag. 95

Note – appunti personali