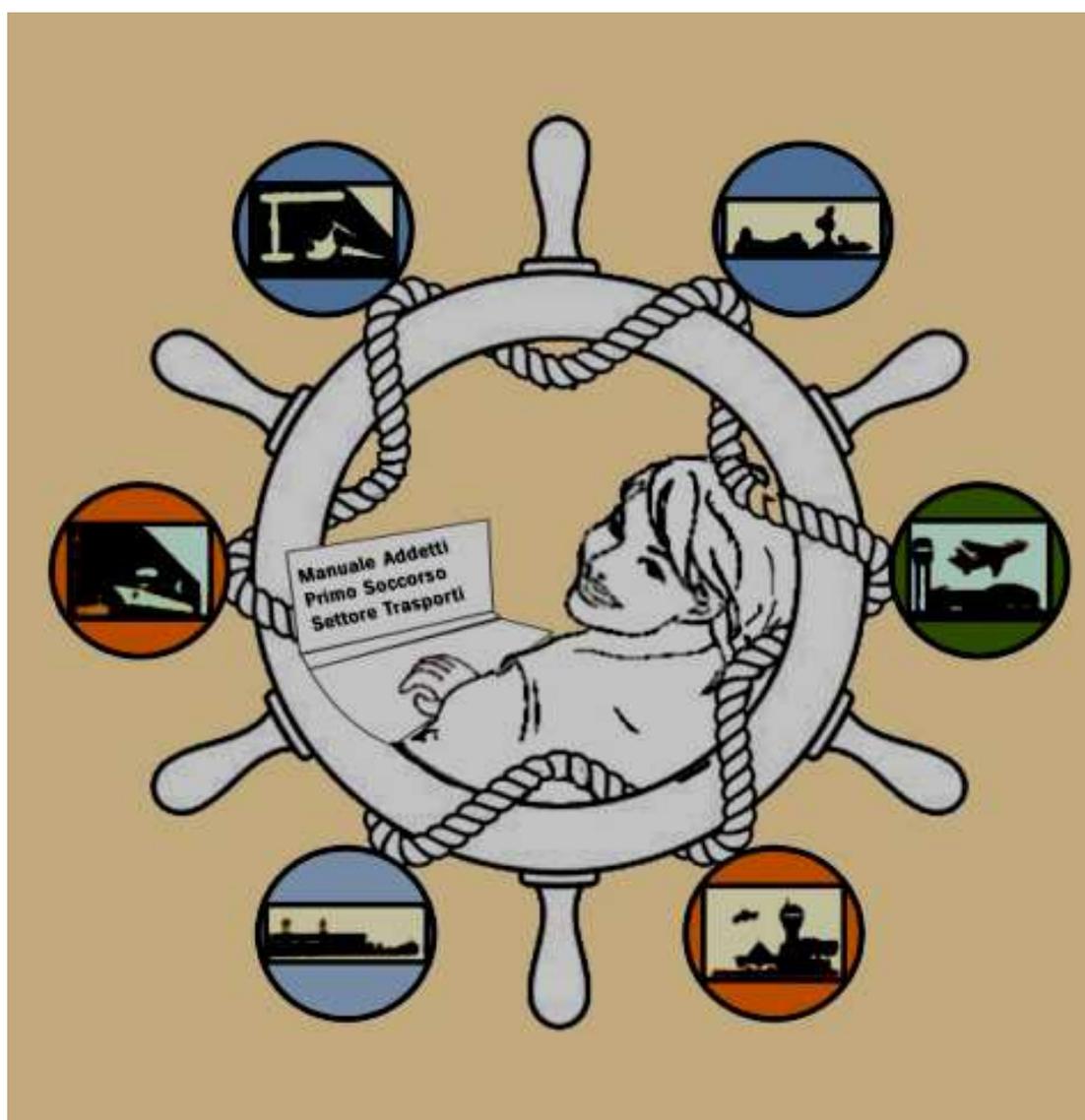


# **MANUALE SEMPLICE DI PRIMO SOCCORSO PER IL SETTORE TRASPORTI**

**Aggiornato secondo le linee guida internazionali 2015**



**FORMAZIONE SPECIFICA DI SETTORE AI SENSI DEL  
TESTO UNICO DI SALUTE E SICUREZZA DEL LAVORO**

**a cura di Roberto Montagnani, medico del lavoro, Venezia  
Beppe Ceretti, biologo ed esperto in formazione, Venezia  
Giacomo Marchese e Matteo Sponga, dirigenti medici Ufficio  
di Sanità Marittima Aerea e di Frontiera, Venezia**

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

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL (ERC), 2015



Oltre agli autori, hanno contribuito al testo Stefano Bertoncello, dirigente medico del 118 di Mirano ( Aussl Serenissima), Alberto Bacci del Servizio Prevenzione e Protezione dell'Autorità Portuale di Venezia.

Le vignette sono opera di Giuseppe Ceretti e Silvana Andreacchio, Venezia  
L'immagine di copertina è di Rosa Maria Andreacchio, Reggio Calabria.

Ringraziamo i colleghi francesi del Dipartimento per la Formazione dell'INRS, la cui brochure "Sauvetage Secourisme du Travail Guide des données techniques et conduit à tenir" <http://www.inrs.fr/accueil/dms/inrs/PDF/guide-technique-sst.pdf> è il riferimento principale di questo materiale informativo.

# PREFAZIONE

Non posso che apprezzare e sostenere convintamente l'idea di predisporre dei piccoli manuali pratici che, vista la diversità dei rischi nei lavorativi siano "settore-specifici". "E' il lavoro che è ammalato " diceva Devoto ed è il lavoro che deve essere cambiato, diciamo noi.

Quindi le iniziative come la vostra, che vanno a "coprire "aree neglette , ma che di fatto occupano numeri rilevanti di lavoratori spesso svantaggiati, per varie ragioni "psicosociali", non possono che trovare pieno sostegno e forte incoraggiamento .

Prof. Pietro Apostoli

Direttore dell'istituto di Medicina del Lavoro,  
Igiene, Tossicologia e Prevenzione Occupazionale  
Università di Brescia

Past President della Società Italiana  
di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale

# SEZIONI

<b>LA NORMATIVA</b>	p.6
<b>IL COMPORTAMENTO ASSISTENZIALE DEGLI OPERATORI NON PROFESSIONALI ADDETTI AL PRIMO SOCCORSO (APS)</b>	p.9
<b>I QUATTRO VERBI DEL PRIMO SOCCORSO</b>	p.10
<b>GLI OTTO SCENARI FONDAMENTALI</b>	p.13
<b>LA CATENA DEL SOCCORSO, DAL LUOGO DI LAVORO AL 118</b>	p.35
<b>SETTORE TRASPORTI -SCHEDE ESEMPLIFICATIVE</b>	p.37

## PREMESSA

Il primo soccorso nei luoghi di lavoro consiste essenzialmente nell'allertare il 118 e nell'attuare semplici manovre di soccorso per mantenere in vita la vittima o prevenire aggravamenti delle sue condizioni di salute; la sua utilità deriva dalla tempestività degli interventi; **per avere interventi tempestivi fuori dai luoghi di cura e' necessario il ricorso a soccorritori laici (che nei luoghi di lavoro sono chiamati APS, Addetti al Primo Soccorso).**

Anche se nel nostro Paese, come in tutti i Paesi industriali avanzati, non mancano gli operatori professionali (medici ed infermieri), non è comunque possibile che ci siano in ogni momento operatori professionali ovunque ci sia la necessità di interventi di primo soccorso .

**La tempestività degli interventi è spesso, nelle situazioni di emergenza, un fattore decisivo (si pensi ad es. alle manovre di rianimazione per l'arresto cardiaco, alla disostruzione delle vie aeree nel soffocamento da corpi estranei, al contenimento di gravi emorragie ecc.); in questi casi solo interventi tempestivi riescono a garantire la sopravvivenza delle vittime.**

I datori lavoro hanno peraltro l'obbligo di stabilire i necessari collegamenti del luogo di lavoro con il servizio pubblico di emergenza sanitaria H 24, il Servizio Sanitario di Urgenza ed Emergenza 118 (questo è stabilito dal Testo Unico, DLgs n. 81/2008); questo fa sì che agli interventi degli APS non manchi mai, quando il caso lo richieda, la possibilità di avere il supporto dei professionisti.

Essendo gli APS dei lavoratori che, a seguito di nomina da parte del loro datore di lavoro, prestano a titolo gratuito il loro servizio per aiutare i loro colleghi o le persone che accedono all'ambiente di lavoro quando eventi di rilievo sanitario lo richiedano, i Pubblici Ministeri e i giudici dei Tribunali del Lavoro hanno sempre tenuto presente la particolarità del loro ruolo e in molti anni di applicazione della normativa per il primo soccorso nelle aziende non ci sono mai stati casi di "coinvolgimento penale o civile" di APS.

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

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

Per svolgere bene il loro incarico, agli APS devono avere l'idoneità fisica necessaria per effettuare in sicurezza interventi che richiedono una buona efficienza cardiorespiratoria e dell'apparato locomotore, come il massaggio cardiaco e le manovre di disostruzione respiratoria. Essendo un'attività di assistenza a persone che stanno male, svolgere il ruolo di APS richiede anche un forte equilibrio dal punto di vista psicologico ed una "buona dose" di empatia, cioè capacità di riuscire a sentire cosa un'altra persona sta provando, voglia di aiutare e partecipazione emotiva.

## **LA NORMATIVA**

Il Testo Unico sulla sicurezza e la salute del lavoro (D.Lgs. 81/2008 e successive modifiche e integrazioni)) impone alle aziende/società del settore trasporti un impegno organizzativo particolare, poiché i datori di lavoro debbono garantire il servizio non soltanto per i propri lavoratori dipendenti ma anche, come recita l'articolo 45, "tenendo conto delle altre eventuali persone presenti nei luoghi di lavoro". Nel settore Trasporti questo aspetto è di speciale rilevanza, sia per i trasporti di terra che per quelli marittimi ed aerei che sono frequentati da un gran numero di passeggeri e/o visitatori, con la conseguente necessità per i datori di lavoro di dover approntare servizi adeguati per un gran numero di persone.

L'assistenza alle persone "esterne" si configura soprattutto come gestione delle emergenze, ad es. l'eventuale necessità di praticare la rianimazione precoce in caso di arresto cardiaco o alcuni interventi di emergenza per altre situazioni (manovre di disostruzione respiratoria, il posizionamento nella posizione laterale di sicurezza per le vittime non coscienti e non gravemente traumatizzate, in attesa dell'arrivo del personale 118 ecc.

Per le attività portuali, i servizi ferroviari e gli aeroporti il riferimento organizzativo principale è lo stesso che per la stragrande maggioranza delle attività lavorative e cioè il Testo Unico di salute e sicurezza del lavoro

Per le navi la necessità di soccorrere, in occasione di malattie e nell'emergenza di rilevanza sanitaria, i lavoratori marittimi ed i passeggeri di navi e traghetti in un ambiente molto difficile ha stimolato la messa a punto sin dai primi del Novecento di norme e convenzioni internazionali.

Nel 1914, due anni dopo il tragico naufragio del Titanic, fu approvata la Convenzione internazionale per la sicurezza della vita umana in mare, Safety of Life at Sea Solas

(SOLAS), che introdusse, oltre alle disposizioni relative alle misure di sicurezza da adottarsi a bordo e alla rapida evacuazione dai mezzi navali, anche l'obbligo delle dotazioni di primo soccorso per le navi di stazza lorda superiore alle 500 tonnellate.

Un ulteriore contributo alla salvaguardia della vita umana in mare ed alla sicurezza della navigazione venne dalla Convenzione internazionale sugli standard di addestramento, certificazione e tenuta della Guardia per i marittimi (convenzione STCW 1978). Con la suddetta convenzione furono infatti individuati i requisiti per l'addestramento dei marittimi finalizzato ad affrontare le emergenze sanitarie.

Con il Decreto 271 del 27/07/1999 (che ha lo scopo di adeguare la normativa sulla sicurezza e sulla salute dei lavoratori sul luogo di lavoro alle particolari esigenze dei servizi espletati su tutte le navi), all'art. 24 vengono regolamentate l'assistenza sanitaria a bordo e le richieste di assistenza medica al CIRM (Centro Internazionale Medico). Nello stesso articolo è previsto l'obbligo per i comandanti di dotarsi della "Guida Pratica medica per l'assistenza ed il pronto soccorso a bordo delle navi".

In una legge precedente, n° 1045 del 16 giugno 1939, erano già stati regolamentati gli altri aspetti inerenti l'assistenza sanitaria a bordo delle navi, come, ad esempio, la presenza di locali destinati ad infermeria ed ambulatori (art. 46 e segg.).

Sempre nell'ottica della promozione della tutela della vita in mare e di un miglior inquadramento normativo della materia sono stati effettuati in più occasioni degli emendamenti alla STCW 1978, di cui il più recente è quello sottoscritto a Manila nel 2010. Nella stessa direzione e con gli stessi obiettivi si succedono altri decreti (DM 7/8/1982, 25/8/1997 e 28/12/2009) relativi alla certificazione delle competenze della gente di mare in materia di Primo Soccorso Sanitario e di assistenza medica a bordo di navi mercantili. L'ultimo atto normativo in ordine cronologico (DM 16 giugno 2016) disciplina la formazione sanitaria del personale navigante marittimo, regola l'addestramento di Primo Soccorso Sanitario a bordo di navi mercantili, curando in particolare la formazione e aggiornamento di primo livello - First Aid - e di secondo livello - Medical Care. Infine, è opportuno evidenziare, sempre nell'ottica di un miglioramento dell'assistenza sanitaria in mare, il recente aggiornamento normativo (Decreto interministeriale 1 ottobre 2015) relativo ai medicinali, agli oggetti di medicazione, agli utensili di cui devono essere provviste le navi nazionali destinate al traffico mercantile, alla pesca ed al diporto nautico.

Il progressivo sviluppo normativo si caratterizza per una sempre maggiore responsabilizzazione di tutti gli attori coinvolti (datore di lavoro-armatore, comandante, membri dell'equipaggio, ...), in modo da renderli a tutti gli effetti

“soggetti di garanzia”, protagonisti della sicurezza e figure indispensabili per raggiungere e garantire il miglior livello di protezione. Viene inoltre ribadita l’importanza della formazione-informazione e della costante attenzione rivolta a queste tematiche, unitamente all’applicazione di un rigoroso metodo di lavoro (che superi la semplice e peraltro dovuta corrispondenza agli obblighi di legge) e alla valorizzazione di tutte le componenti interne, mediante la necessaria condivisione degli aspetti correlati.

## **LA VALUTAZIONE DEI RISCHI**

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

Possono “aiutare” domande di questo tipo<sup>1</sup>:

- Quali sono le tipologie di infortunio più frequenti nel nostro luogo di lavoro ?
- Quali incidenti sono accaduti a lavoratori, passeggeri, visitatori?
- Quali sono le tipologie degli infortuni più gravi ?
- Quante sono le persone impegnate nel lavoro e qual 'è la loro distribuzione per età?<sup>2</sup>
- Ci sono dipendenti che fanno turni di lavoro serali/ notturni o servizi fuori orario, in reperibilità?
- Ci sono persone inesperte e/o dipendenti con disabilità o con particolari problemi di salute?
- Lo staff include lavoratori che debbono viaggiare molto, lavorare in località remote o lavorare da soli?

---

<sup>1</sup> Abbiamo fatto riferimento per questa sezione a un documento dell’Health Safety Executive HSE First aid at work Draft 2013

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

<sup>2</sup> Come sappiamo all’aumentare dell’età, la frequenza dei problemi di salute tende ad aumentare.

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

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

**INFORTUNIO:** evento negativo improvviso che ha provocato lesioni a persone; c'è una causa violenta (un trauma, generalmente di tipo fisico, ma anche psicologico<sup>3</sup>) e si realizza in un arco di tempo molto ristretto.

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

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

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

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

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

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

### **I QUATTRO VERBI DEL PRIMO SOCCORSO**

L'organizzazione del primo soccorso è una parte del piano di emergenza che nelle aziende/società di tutti i settori deve essere costantemente mantenuto "pronto per la pratica applicazione" quando le circostanze lo richiedano. Quattro verbi possono essere assunti come parole chiave del primo soccorso nei luoghi di lavoro<sup>4</sup>:

---

<sup>3</sup> Trauma psicologico: un evento emotivamente sconvolgente, aggressioni, rapine, altri eventi che possono sconvolgere improvvisamente e gravemente il nostro benessere mentale.

<sup>4</sup> INRS Guida di dati tecnici e condotta da seguire per il primo soccorso Sauvetage Secourisme du Travail <http://www.inrs.fr/dms/inrs/PDF/guide-technique-sst.pdf>

## **PROTEGGERE/PROTEGGERSI-ESAMINARE-ALLERTARE-SOCCORRERE**

### **1. PROTEGGERE/PROTEGGERSI**

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

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

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

### **ALLONTANAMENTO D'EMERGENZA**

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

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

### **2. ESAMINARE**

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

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

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

- per capire al meglio possibile la gravità delle situazioni;

- per adottare le modalità di intervento immediato più adeguate;
- per trasmettere agli operatori professionali del 118 le informazioni necessarie per organizzare gli interventi specializzati.

### **3 ALLERTARE**

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

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

Chi chiama deve quindi

- mantenere la calma;
- lasciarsi guidare dall'operatore del 118;
- rispondere chiaramente alle sue domande;
- mantenere la linea fino a quando viene richiesto.

Per fare bene la chiamata possiamo seguire questo schema:

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

**Riagganciare solo dopo l'assenso del personale del 118**

Dato che nei casi più gravi, che richiedono all'Addetto al Primo Soccorso di dedicare completamente la sua attenzione alla vittima, la chiamata può essere fatta fare a colleghi presenti sul luogo dell'evento emergenziale, è bene che le informazioni sopra riportate vengano messe a conoscenza di tutti i lavoratori, con brevi riunioni o con cartellonistica appropriata. E' anche importante conoscere il tempi medio d'arrivo dei mezzi. Questo dato è fondamentale per la gestione dei casi più gravi, come ad esempio l'arresto cardiaco.

## LA CHIAMATA DI SOCCORSO AL 118<sup>5</sup>



## 4. SOCCORRERE

Ci sono casi in cui l'intervento degli addetti di primo soccorso, già così meritorio per la tempestiva attivazione del servizio pubblico di emergenza sanitaria 118, può rendersi ancor più efficace con interventi diretti di soccorso come:

- l'apertura delle vie aeree;
- il massaggio cardiaco;
- la disostruzione respiratoria;
- la compressione diretta sulle zone corporee con gravi emorragie.

<sup>5</sup> Questo schema per la chiamata è proposto dal Soccorso Alpino e Speleologico dell'Alto Adige <http://www.soccorsoalpino.org/it/sicurezza/>

## GLI OTTO SCENARI

Nella guida dei medici francesi dell'INRS le diverse situazioni in cui può venir richiesto l'intervento assistenziale degli APS sono ricondotte ad otto scenari <sup>6</sup>. Abbiamo preso questa loro classificazione come nostro riferimento e la riportiamo qui di seguito per esteso; ci è sembrata particolarmente valida, semplice e chiara<sup>7</sup>.



<sup>6</sup> **N.B.** Questi scenari possono essere concomitanti (es. la vittima sanguina copiosamente e allo stesso tempo ha un dolore che impedisce alcuni movimenti) oppure evolvere uno nell'altro (es. la vittima si sta soffocando → La vittima non risponde e non respira, cfr seguito).

## SCENARIO 1. LA VITTIMA NON RISPONDE MA RESPIRA



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

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

- lo stato di coscienza;
- l'attività respiratoria.

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

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

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

**Tuttavia lo stato di incoscienza è una condizione di gravità, che ci richiede di attivare l'emergenza sanitaria 118 e di essere pronti a fare quello che gli esperti dell'emergenza sanitaria ci chiederanno di fare.** Se lo stato d'incoscienza non si risolve pressoché immediatamente, come avviene nello svenimento, la lingua cade verso il basso e le vie aeree possono essere ostruite; in questo caso, le vie respiratorie devono essere aperte (manovra di apertura delle vie aeree).

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

## **LE PROCEDURE D'INTERVENTO**

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

## **IL CONTROLLO DELLO STATO DI COSCIENZA E DELLA RESPIRAZIONE**

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

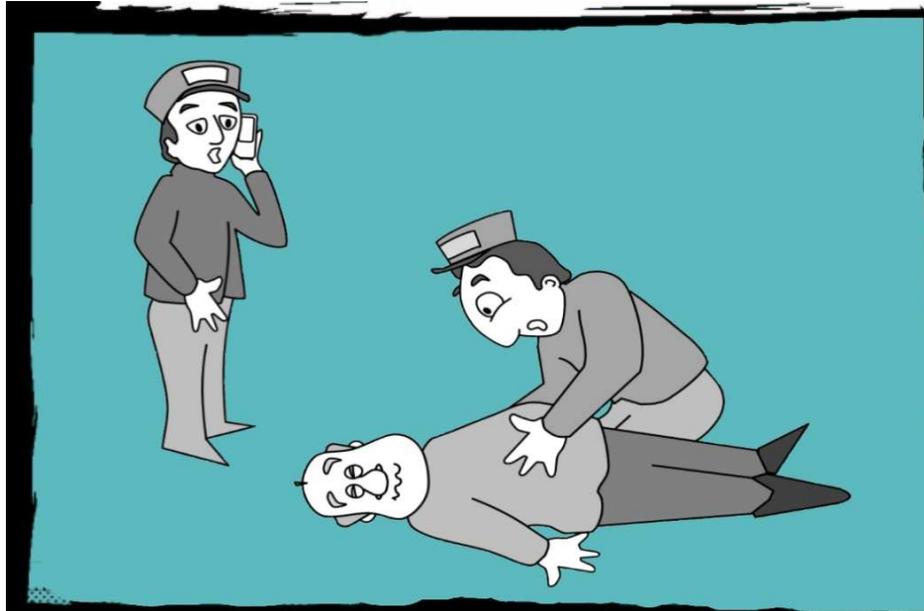
**ATTENZIONE ! Non appena si accerta lo stato di incoscienza, va subito fatto chiamare il 118!**

## **PERSONA DIVENUTA INCOSCIENTE IN SEGUITO AL PEGGIORAMENTO DELLE SUE CONDIZIONI**

Se la vittima è diventata incosciente in seguito al peggioramento delle sue condizioni, l'APS fa assumere alla vittima la posizione laterale di sicurezza (cfr. 23). Se la vittima non lamentava dolori al collo, alla schiena, alle anche o al bacino prima di diventare incosciente, il rischio di lesioni alla colonna vertebrale è molto limitato.

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

## SCENARIO 2. LA VITTIMA NON RISPONDE E NON RESPIRA



Alla valutazione dello stato di coscienza segue immediatamente la valutazione del respiro; deve sempre essere un intervento molto rapido, per non perdere tempo prezioso! Se la vittima è incosciente e non respira, allora è in arresto cardiaco. L'arresto cardiaco improvviso si verifica soprattutto a causa di malattie cardiache e in molti casi è una complicazione dell'infarto.

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

Anche all'arresto del respiro per ostruzione delle vie aeree da corpi estranei, da annegamento<sup>8</sup>, per edema della laringe per gravi reazioni allergiche, oppure per una grave carenza di ossigeno nell'aria ambiente, fa seguito l'arresto cardiaco.

<sup>8</sup> **N.B.** Nel caso di arresto da cause asfittiche (mancanza di ossigeno), come nell' overdose da oppiacei, di arresto cardiaco in bambini (nei quali l'asfissia è la principale causa di arresto cardiaco) è particolarmente utile associare alle compressioni le ventilazioni di soccorso; nella rianimazione dopo annegamento, le ventilazioni di soccorso sono il primo intervento da fare (5 ventilazioni); poi segue il ciclo ordinario (30 compressioni, 2 ventilazioni di soccorso).

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

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

La nostra esperienza è che negli ambienti di lavoro le ventilazioni di soccorso costituiscono un problema, diversi addetti al primo soccorso non se la sentono di farle. Un dispositivo di protezione del soccorritore sicuro affidabile e facile da usare è costituito dai cosiddetti fazzoletti di ventilazione (Life Aid).

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

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

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

In Italia l'uso del Defibrillatore (DAE) è consentito anche al personale non sanitario addestrato<sup>9</sup> munito di patentino rilasciato dal 118 ed altri enti autorizzati.

## **LE MANOVRE DI RIANIMAZIONE**

Mai come in questo scenario il tempo è tiranno: se non si interviene, già dopo pochi minuti iniziano i primi danni al cervello, che diventano irreversibili dopo circa 10 minuti. L'intervento deve essere quindi immediato ed ininterrotto, fino all'arrivo del soccorso avanzato (118 o personale formato nell'uso del defibrillatore), allo sfinimento del soccorritore o alla eventuale recupero della vittima. La presenza di un secondo

---

<sup>9</sup> In forza della Legge 3 aprile 2001, n. 120

soccorritore che conosce le manovre, con il quale intercambiarsi, è un'opportunità molto favorevole perché permette di allungare i tempi della rianimazione efficace. Se la rianimazione ha successo e la vittima si riprende, bisogna farle assumere la posizione laterale di sicurezza (cfr. pag. 23).

## **IL CONTROLLO DELLO STATO DI COSCIENZA E DELLA RESPIRAZIONE**

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

### **LA POSIZIONE SUPINA**

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

### **COMPRESSIONI TORACICHE ADULTI E BAMBINI (PIÙ DI UN ANNO)**

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

### SCENARIO 3. LA VITTIMA SI STA SOFFOCANDO



Questi casi si verificano quando le persone mangiano e qualcosa va loro di traverso; spesso succede con la carne od il pollo, ma anche altri alimenti od oggetti possono causare soffocamento, soprattutto nei bambini, che mettono in bocca molte cose.

Per gli anziani, causa di ostruzione delle vie aeree possono essere anche delle protesi dentarie.

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

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

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

#### LE MANOVRE DI DISOSTRUZIONE NELL'ADULTO

Nei primi momenti, quando la vittima è ancora in grado di tossire, il soccorritore si limita a mettersi di fianco alla persona, invitandola ad inclinarsi in avanti ed a tossire,

osservandone il volto per vedere se compaiano i segni dell' ostruzione totale delle vie aeree (respiro molto difficoltoso, labbra violacee).

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

### **LE PACCHE INTERSCAPOLARI**

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

**ATTENZIONE, GRAVITÀ: allertare ! chiamare o far chiamare sempre il 118 prima di procedere alle manovre di disostruzione!**

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

### **LE COMPRESSIONI ADDOMINALI**

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

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

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

## **IL SOFFOCAMENTO NEI BAMBINI**

Anche nel piccolo l'ostruzione si manifesta con difficoltà a respirare e improvvisa impossibilità di tossire e di emettere la voce; il piccolo può sbarrare gli occhi e portare le mani alla gola e al petto.

Le Linee Guida 2015 raccomandano di associare alla manovra di Heimlich le pacche interscapolari; si alternano pertanto anche in questo caso le pacche interscapolari e la manovra di Heimlich fino a quando il bambino non riprenda a tossire, alla perdita di coscienza della vittima o all'arrivo del soccorso specializzato (118).

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

Se questa manovra non ha successo, si deve praticare la manovra di Heimlich; se l'altezza del bambino lo richiede, sarà necessario, per fare bene la manovra, mettersi in ginocchio.

## **PEGGIORAMENTO DELLE CONDIZIONI DELLA VITTIMA**

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

## SCENARIO 4. LA VITTIMA HA UN MALORE



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

Possono essere d'aiuto domande del tipo:

Che cosa ti è successo ? Senti dolore? Dove senti dolore ? Tenendo da parte il dolore, hai altri disturbi ? Stai facendo delle terapie ? Nei giorni precedenti avevi già dei disturbi? Quali? Sei stato recentemente ricoverato? Si farà una rapida verifica per vedere se sono presenti **UNO O PIÙ DEI SEGUENTI SINTOMI:**

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

### **OPPURE UNO O PIÙ DEI SEGUENTI SEGNI:**

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

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

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

### **LE PROCEDURE D'INTERVENTO**

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

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

---

<sup>10</sup> Cfr. pag. 7

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

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

**POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA**<sup>11</sup>: questa posizione è utile anche quando dobbiamo forzatamente allontanarci da una vittima in condizioni precarie.

**ATTENZIONE NON PRATICARE MAI LA PLS SE C'È EVIDENZA O ANCHE SOLO SOSPETTO DI TRAUMI DEL COLLO, DELLA SCHIENA, DELLE ANCHE O DEL BACINO.**

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

- presenza di respirazione (controllo ogni due minuti);
- aggravamento del dolore toracico acuto;
- aggravamento del mal di testa;
- sudorazione fredda senza causa apparente, che continua;
- peggioramento dello stato di coscienza (es. da alterazione a perdita di coscienza), ecc.

### **ACCOMPAGNAMENTO DELLA PERSONA AL PRONTO SOCCORSO**

Avuto il consenso del 118 e della vittima, il soccorritore può accompagnare o far accompagnare la persona al Pronto Soccorso ospedaliero con un mezzo messo a disposizione dalla ditta/società<sup>12</sup>. Durante il trasporto è utile mantenere il comfort della vittima tenendola al caldo con una coperta o con il telo isotermico (è un telo con due strati, uno argentato ed uno dorato: la superficie dorata si lascia attraversare facilmente da calore e raggi solari, mentre quella argentata tende a rifletterli; se esponiamo la parte dorata possiamo difenderci bene dal freddo).

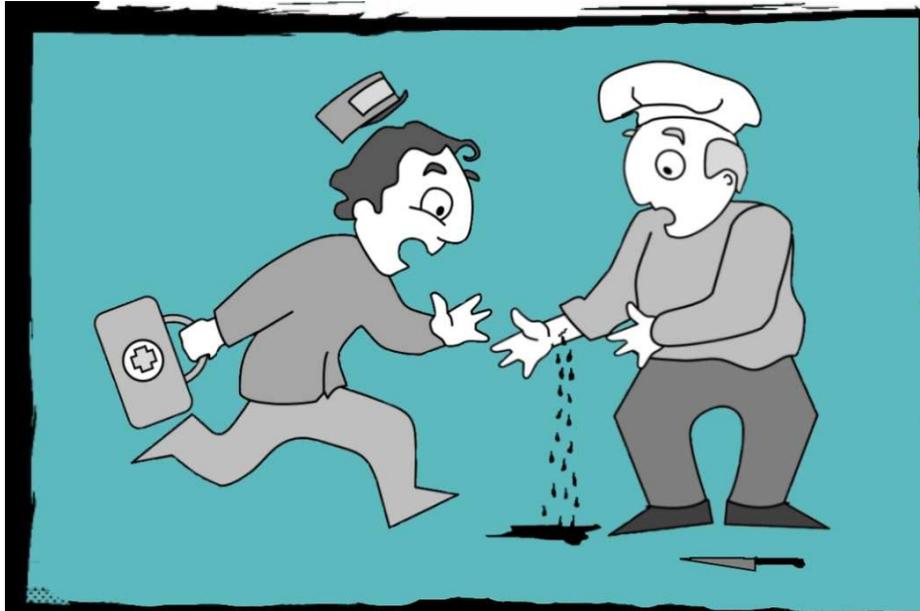
---

<sup>11</sup> Posizione laterale di sicurezza (PLS): Posizionarsi di lato rispetto alla vittima ed estendere verso di noi il braccio più vicino. Alzare il ginocchio della gamba più lontana ed appoggiare bene il piede a terra: sollevare il braccio dello stesso lato, facendo appoggiare la mano sotto la guancia opposta. Afferrare il ginocchio e la spalla più lontane rispetto a noi e girare la vittima su un fianco. Posizionare il mento della vittima verso il basso ed aprire le vie aeree, ruotando il capo indietro. La manovra PLS è descritta per esteso nel manuale di primo soccorso per il settore Horeca

[http://safety-work.org/it/pages/settori\\_d\\_attivita/industria\\_alberghiera/manuale\\_semplice\\_di\\_primo\\_soccorso\\_per\\_il\\_settore\\_horeca.html](http://safety-work.org/it/pages/settori_d_attivita/industria_alberghiera/manuale_semplice_di_primo_soccorso_per_il_settore_horeca.html) e in molti altri manuali di primo soccorso.

<sup>12</sup> Spesso questi aspetti operativi sono definiti dalle procedure di sicurezza adottate dall'azienda / ente/ società.

## SCENARIO 5. LA VITTIMA SANGUINA MOLTO



Emorragia: è la fuoriuscita di sangue dai vasi sanguigni dove normalmente scorre.

Grosse perdite di sangue possono far seguito a lesioni di vasi sanguigni, soprattutto di arterie, dalle quali il sangue fuoriesce con una maggiore pressione, a traumi del torace o dell'addome.

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

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

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

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

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

Nei traumi facciali se la vittima è a terra, bisogna metterla prona, per evitare che il sangue si accumuli all'interno dei seni paranasali, come avverrebbe, per effetto della

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

### **LE PROCEDURE D'INTERVENTO**

Ad eccezione dei traumi facciali e delle emorragie dal naso, una persona con una grave emorragia dovrebbe essere messa in posizione supina: si previene la possibilità di pericolose cadute a terra se la persona va in shock;

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

**Se l'emorragia non si ferma, se interessa il viso o i genitali si deve allertare il 118 ⇒ GRAVITÀ DELLA SITUAZIONE.**

Nell'attesa dell'arrivo dei soccorsi o prima di un eventuale trasporto della vittima in ospedale con un mezzo aziendale, l'emorragia va stabilizzata con il bendaggio compressivo; l'utilizzo di una coperta o di un telo isotermico aiuta a mantenere il comfort della vittima. Sebbene presenti nella cassetta di primo soccorso, non si devono utilizzare mai i lacci emostatici per controllare un'emorragia (il loro utilizzo richiede uno speciale addestramento).

#### **IL BENDAGGIO COMPRESSIVO**

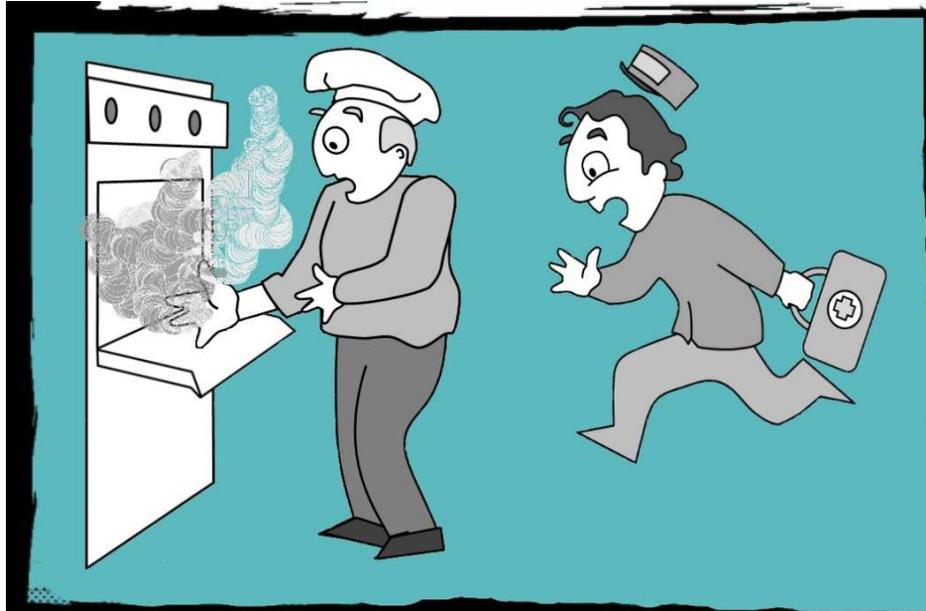
Il tampone costituito da più strati di garze sterili viene tenuto fortemente premuto contro la sede della ferita con una benda o delle garze; se le garze si sporcano di sangue si sovrappongono altre garze.

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

#### **EPISTASSI (SANGUE DAL NASO)**

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

## SCENARIO 6. LA VITTIMA HA DELLE USTIONI



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

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

Diversamente da quanto accade nelle emorragie, l'acqua per le ustioni è un potente alleato, bisogna irrorare sempre grandi quantità di acqua fredda (alla normale temperatura del rubinetto).

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

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

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

**La gravità delle ustioni dipende soprattutto dalla loro estensione!**

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

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

### **LE PROCEDURE D'INTERVENTO**

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Questo è lo scenario che corrisponde soprattutto agli eventi traumatici che possono verificarsi durante il lavoro, gli infortuni. Anche per gli infortuni si tratta di capire bene che cosa è successo e la percezione di gravità è a questo proposito l'aspetto più importante.

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

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

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

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

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

## **LE PROCEDURE D'INTERVENTO**

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

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

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

La terapia del freddo viene consigliata anche per gli strappi muscolari e, insieme allo stretching, per i crampi muscolari.<sup>13</sup>

Quando il trauma interessa un'estremità, si deve sempre considerare la possibilità di una frattura. Se c'è sospetto di fratture degli arti, bisogna cercare di bloccare i movimenti dell'arto nella posizione in cui si trova, tenere coperto l'infortunato ed allertare il 118.

Se dopo un trauma, la vittima lamenta forti dolori alla testa, al collo, alla schiena, al bacino e/o se si sospettano fratture delle ossa lunghe degli arti, bisogna **ALLERTARE IL 118** e mantenere l'osservazione ed il controllo delle condizioni dell'infortunato in attesa di indicazioni operative e dell'eventuale arrivo dei soccorsi avanzati.

---

<sup>13</sup> La temperatura elevata di alcuni ambienti di lavoro, quali possono essere le cucine, può favorire la comparsa di crampi causati dalla perdita di sali per l'eccessiva sudorazione. In questi casi, l'allontanamento dalla zona di lavoro ed il consiglio di assumere integratori salini possono aiutare a risolvere i crampi.

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

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

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

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

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

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

**LE PROCEDURE D'INTERVENTO**

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

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

## PROMEMORIA

Quando ci si trova di fronte una persona a terra e dobbiamo intervenire, è importante innanzitutto capire la gravità della situazione che si deve fronteggiare

1 la prima cosa è valutare lo stato di coscienza: la persona è cosciente? non è cosciente? ci sono gravi alterazioni dello stato di coscienza? queste sono le prime domande a cui si deve rispondere;

2 se la persona non è cosciente si dovrà immediatamente valutare anche il respiro e, se risulta confermato che non è cosciente e non respira, sarà necessario praticare le manovre di rianimazione; se invece la persona è cosciente, avrà sicuramente anche una respirazione autonoma

3 bisogna comunque subito stabilire se ci sono condizioni di gravità :

- c'è una grave alterazione della coscienza? Una limitazione funzionale grave del movimento degli arti ? Il respiro è affannoso? Ci sono altri sintomi o segni che indicano comunque come necessario l'intervento del Soccorso specializzato?

Questo piccolo promemoria deve sempre esserci ben presente quando ci apprestiamo ad un intervento di soccorso. Qui sotto lo riassumiamo schematicamente.



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

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

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

I datori di lavoro delle aziende/ società del settore trasporti provvedono nella grande maggioranza dei casi alla nomina del medico competente; quando questo professionista è presente, egli ha anche il compito di sovrintendere all'organizzazione del primo soccorso nei luoghi di lavoro; diversamente, valgono le indicazioni operative fornite dagli enti pubblici di prevenzione e vigilanza (gli Spisal delle unità sanitarie locali) e le indicazioni delle Regioni e del Ministero della Salute<sup>14</sup>.

Un riferimento importante, anche per gli APS, è il datore di lavoro; come sappiamo, il datore di lavoro è il primo responsabile operativo di tutto quello che riguarda la prevenzione e le misure da adottare per contenere i danni alla salute/incolumità fisica nel lavoro. Dal datore di lavoro e dal medico competente se presente gli Aps potranno avere il necessario sostegno per un valido svolgimento del loro compito.

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

### **IL SERVIZIO 118**

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

---

<sup>14</sup> Un utile riferimento per quanto qui discusso è la Linea guida sul primo soccorso aziendale a cura del Comitato tecnico interregionale che può essere scaricata dal sito dello Spisal di Verona [http://prevenzione.ulss20.verona.it/docs/Spisal/Leggi/DM388\\_Regolamento\\_attuativo\\_pronto\\_soccorso.pdf](http://prevenzione.ulss20.verona.it/docs/Spisal/Leggi/DM388_Regolamento_attuativo_pronto_soccorso.pdf)

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

Le Linee Guida 2015<sup>15</sup> sottolineano l'importanza fondamentale della corretta comunicazione tra gli APS e gli operatori della centrale operativa per l'assistenza nel riconoscimento precoce dell'arresto cardiaco, nell'esecuzione di una rianimazione assistita dalla centrale operativa (rianimazione cardiopolmonare guidata via telefono) e anche nella localizzazione e nell'invio di un defibrillatore automatico esterno.

La defibrillazione precoce può essere ottenuta dai soccorritori laici negli ambienti di lavoro anche mediante l'utilizzo dei defibrillatori di accesso pubblico, che sono già stati attivati in molti luoghi pubblici con elevata densità di persone.

Quando un corpo estraneo causa un ostruzione grave delle vie aeree, cosa che si verifica quasi sempre mentre la vittima sta mangiando, se la vittima cessa di tossire e non parla, si richiede un trattamento immediato con colpi alla schiena alternati alle compressioni addominali/toraciche.

Anche questi interventi possono essere fatti dagli APS con l'aiuto dell'operatore della centrale operativa. Infine, essendo il 118 un servizio pubblico finalizzato all'assistenza della nostra comunità nel suo insieme, è chiaro che **gli APS chiameranno sempre la Centrale Operativa 118 in tutti i casi in cui essi abbiano dubbi sui comportamenti da tenere in situazioni che possono essere gravi.**

## **IL PRONTO SOCCORSO OSPEDALIERO**

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

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

---

<sup>15</sup> [http://www.ircouncil.it/news/news\\_260](http://www.ircouncil.it/news/news_260)

## **SETTORE TRASPORTI: ALCUNE SCHEDE ESEMPLIFICATIVE**

Secondo i dati resi disponibili dall' Inail, il settore Trasporti è tra quelli con maggiore incidenza di infortuni gravi<sup>16</sup>. Per questo è previsto un iter formativo per gli addetti al primo soccorso (APS) più impegnativo di quanto non avvenga per altri settori, anziché 12 sono 16 le ore di formazione necessarie nel corso di formazione iniziale e almeno 4, anziché 3, le ore dell'aggiornamento triennale.

Al rischio infortunistico si aggiungono, come e forse più che in altri settori, anche per i ritmi di lavoro particolarmente intensi e gli orari di lavoro spesso prolungati, non infrequenti casi di malore.

Qui di seguito presentiamo alcune schede che possono servire come casi tipo illustrativi di possibili situazioni che gli APS attivi in questo settore possono dover affrontare.

---

<sup>16</sup> <http://www.inail.it/internet/default/INAILcosafa/SicurezzaSullavoro/indicidifrequenzainabilitpermanente/index.html>

## EVENTO 1. DOLORE TORACICO ACUTO



Stamani un passeggero, appena sceso dalla scaletta dell'aereo, si è messo le mani al petto ed era visibilmente sofferente; lamentava un forte dolore allo stomaco che si era manifestato all'improvviso, da pochi minuti; respirava con difficoltà. C'erano lì vicino due operatori di rampa che hanno fatto il corso di primo soccorso e che si sono subito resi conto della potenziale gravità di quanto stava accadendo.

Ecco cosa hanno fatto:

- hanno evitato al passeggero ogni sforzo fisico;
- lo hanno messo in posizione comoda, semiseduto, l'hanno riassicurato e, standogli vicino, hanno atteso con lui che arrivasse, dopo pochi minuti, un mezzo della security, con cui è stato portato al servizio medico di aeroporto per gli accertamenti urgenti che il caso richiedeva.

In medicina viene chiamato dolore toracico acuto qualsiasi dolore, anteriormente dalla base del naso all'ombelico e posteriormente dalla nuca alla 12° vertebra toracica, che non abbia una causa traumatica od altra causa chiaramente identificabile che lo sottenda<sup>17</sup>.

<sup>17</sup> La definizione è di Loris Pironi, Professore associato del Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Università di Bologna

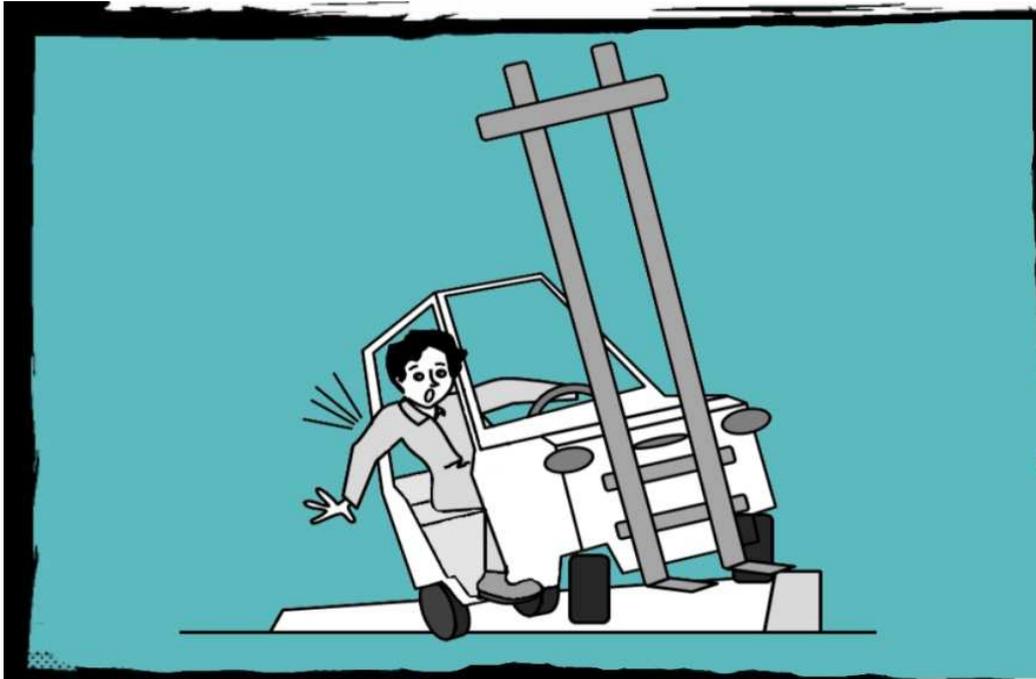
**Il dolore toracico acuto** (insorto da poco, comunque meno di 24 ore) **deve essere sempre considerato di origine cardiaca fino a prova contraria; non bisogna sottovalutarlo mai.**

Il dolore è forte e spesso quello che la vittima sente, più che un vero dolore, è come una morsa. La causa più grave di questi sintomi è l'infarto miocardico (del cuore), la lesione di una parte del muscolo cardiaco dovuta alla chiusura di una arteria coronaria ed alla conseguente mancanza di rifornimento di sangue al cuore che può portare all'arresto cardiaco o ad un grave collasso.

**DOLORE ACUTO AL PETTO: ATTENZIONE! IL RISCHIO CHE SOPRAVVENGA UN ARRESTO CARDIACO O UN GRAVE COLLASSO È ELEVATO !**

---

## EVENTO 2. ALLA GUIDA DEL MULETTO PERDE IL CONTROLLO



Ieri in Porto è successo un incidente: mentre Sergio guidava il suo "muletto" sul rettilineo di una banchina, ha perso il controllo del mezzo, ha improvvisamente sbandato ed urtato un parapetto.

Lì vicino c'era un collega che ha visto la scena, si è avvicinato e, resosi conto del fatto che Sergio faceva fatica a muovere il braccio destro, ha chiamato la security ed è arrivato l'addetto al primo soccorso.

Sergio respirava normalmente e anche il suo stato di coscienza era normale, rispondeva bene alle domande.

L'addetto di primo soccorso, come gli è stato spiegato nel training formativo, ha capito che comunque ci poteva essere una condizione di gravità e, essendo in Porto presente un presidio della Croce Verde, ha organizzato un intervento medico immediato.

Sergio, dopo il controllo del medico, è stato portato in ospedale per ulteriori accertamenti e le terapie necessari.

PERCEZIONE DI GRAVITA': IMPROVISE GRAVI LIMITAZIONI FUNZIONALI.

### EVENTO 3. ATTENZIONE NELLA MOVIMENTAZIONE MANUALE DI PESI!



Uno dei rischi che comporta la movimentazione manuale dei pesi sono gli strappi muscolari ed altre lesioni traumatiche dell'apparato locomotore, a livello della colonna lombare (lombalgie) e non solo.

In linea di principio muovere manualmente pesi non ha conseguenze negative per l'organismo umano. Al contrario, uno sforzo fisico limitato nella movimentazione manuale di pesi migliora le nostre potenzialità fisiche

C'è un livello ottimale nell'esercizio fisico nel quale i muscoli, i legamenti, le ossa e le articolazioni sostengono bene i carichi e ben si adattano ad essi. Fuori da questo range ottimale, muovere manualmente pesi è un fattore di rischio per la salute, se non si lavora in modo ergonomicamente corretto e cioè:

- quando si sollevano pesi si tiene dritta la schiena e si piegano le ginocchia;
- si sollevano e trasportano i pesi quanto più possibile "stretti al corpo";
- ci si fa aiutare quando il peso è eccessivo.

Se non si fanno queste cose, ci si può far male.

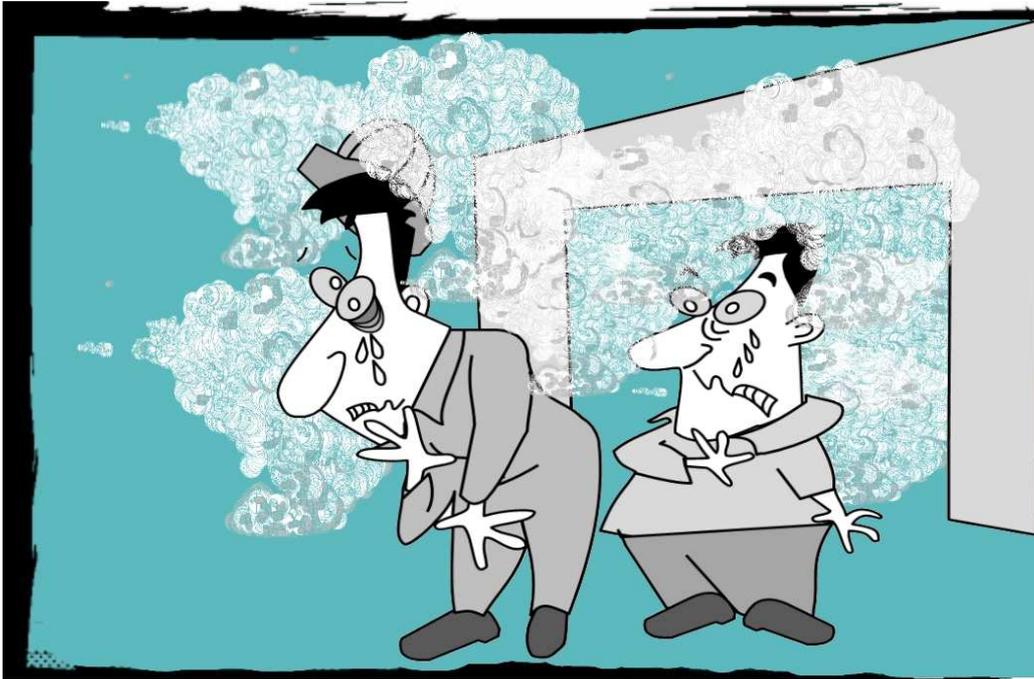
Stamani spostando una valigia pesante, Ettore si è fatto veramente male ad una spalla e non riusciva più a muoverla.

E' rimasto completamente bloccato; è stato portato subito in una saletta interna, dove gli hanno tolto la camicia e l'addetto al primo soccorso gli ha messo sulla spalla il

ghiaccio gel che teniamo nel congelatore, dopo averlo avvolto in un panno. Siccome il dolore era molto forte, l'addetto al primo soccorso è rimasto lì a tenergli il ghiaccio premuto sulla spalla per circa 20 minuti; poi, a poco a poco, il dolore è passato ed Ettore muoveva bene sia la spalla che il braccio. Tutto si è risolto quindi senza necessità di allertare in emergenza (niente chiamata al 118!). Ettore andrà comunque domani dal suo medico per riferire sull'evento e fare gli accertamenti sanitari che il suo medico riterrà opportuni.

**GHACCIO COME ANTIDOLORIFICO NON FARMACOLOGICO**

#### EVENTO 4. UN PRINCIPIO D'INCENDIO



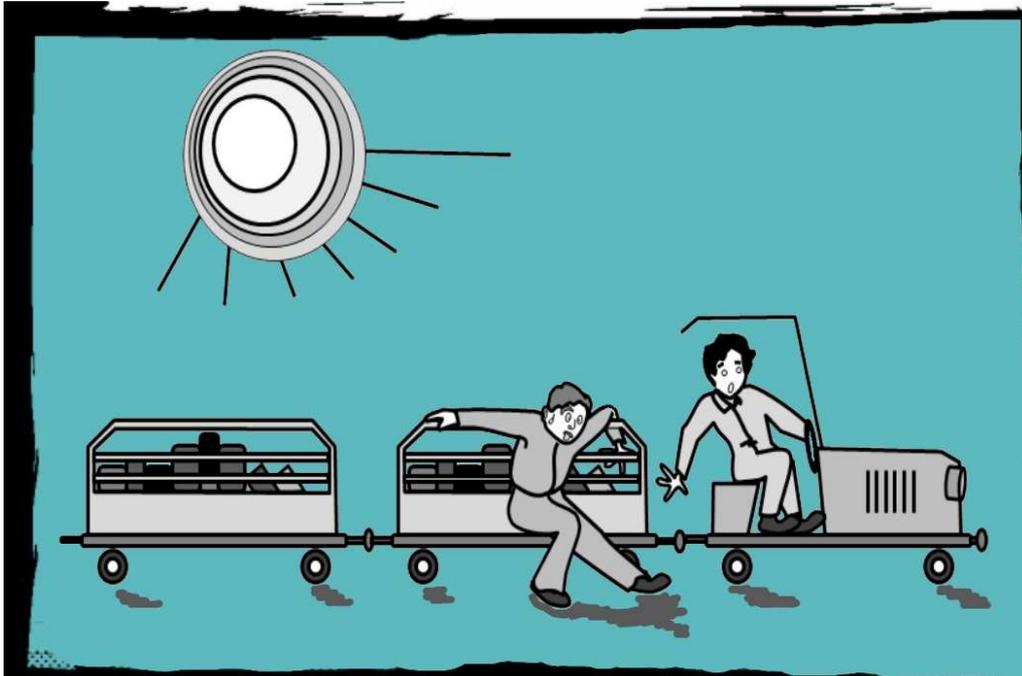
L'incidente si è verificato quando del materiale in deposito nell'hangar, forse per un corto circuito, ha preso fuoco e si sono formate delle nuvole di fumo nero.

Per fortuna è bastato che la squadra d'emergenza, prontamente accorsa, utilizzasse un estintore per bloccare completamente le fiamme. A causa della nube di fumo nero che si è formata, tre lavoratori hanno cominciato ad accusare mal di gola e bruciore agli occhi.

I nostri addetti al primo soccorso (APS) sono stati ben addestrati a non trascurare questi episodi: sanno che le sostanze chimiche che vengono assorbite dall'organismo in questi casi possono avere anche dei gravi effetti ritardati. L'APS presente ha pertanto chiamato subito il 118 spiegando quello che era successo.

I lavoratori infortunati sono stati portati in ospedale e sono rimasti in osservazione per alcune ore, per poter escludere l'insorgenza di disturbi conseguenti all'assorbimento di sostanze tossiche; sono stati sottoposti ai necessari controlli medici e poi sono stati dimessi. I Vigili del Fuoco hanno provveduto al controllo e alla bonifica ambientale.

**ATTENZIONE: DOPO L'INALAZIONE DI SOSTANZE TOSSICHE, POSSONO ESSERCI GRAVI EFFETTI RITARDATI**

**EVENTO 5. UN COLPO DI CALORE IN AEROPORTO**

Lavorando alla movimentazione dei bagagli nel piazzale in una giornata caldissima e senza vento, mentre caricava valigie su un trattorino, Paolo, un addetto alla rampa, si è sentito male; aveva mal di testa e sudava molto, ma era lucido e ben "presente". Il nostro addetto al primo soccorso lo ha portato all'infermeria dell'aeroporto, dove è stato sottoposto ad un controllo medico. Dopo questo controllo, gli è stato portato subito del tè al limone, che Paolo ha bevuto in quantità; dopo aver passato circa un'ora in un locale con l'aria condizionata, sentendosi di nuovo bene, ha indossato un berretto con la visiera "anti sole" (cosa che non aveva fatto prima) e si è rincamminato verso la sua posizione di lavoro, come il medico lo aveva autorizzato a fare.

**MALESSERE NEL LAVORO SOTTO IL SOLE: OSSERVARE SEMPRE BENE LE CONDIZIONI GENERALI DELLA VITTIMA ED IL SUO STATO DI COSCIENZA!**

## EVENTO 6. UN COLLASSO DURANTE L'ASSEMBLEA DEL PERSONALE



Durante l'assemblea per la riorganizzazione dei turni di lavoro, Paolo, un giovane addetto allo scalo, si è sentito male; improvvisamente è diventato pallido, ha barcollato ed è caduto a terra privo di coscienza.

Non c'erano medici, è stato chiamato l'addetto di primo soccorso che è intervenuto e rapidamente ha accertato che Paolo respirava regolarmente.

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

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

Step 1: ha chiamato il 118... ho davanti una persona in stato di incoscienza;

Step 2: ha messo la persona in posizione supina e aperto le vie aeree<sup>18</sup>;

Step 3: ha aperto una finestra, ha aperto la camicia della vittima per aiutarla a respirare più facilmente.

Dopo poco più di un minuto la persona si è ripresa completamente; allora l'APS ha informato la centrale operativa dell'avvenuto positivo cambiamento e il 118 ha invitato la vittima a sottoporsi al più presto ad un controllo medico.

- 
- <sup>18</sup> Manovra di apertura delle vie aeree: una mano del soccorritore appoggiata sulla fronte della vittima, l'altra sotto al mento. Spostare delicatamente la testa della vittima all'indietro alzando il mento e poi aprirle la bocca

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

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

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

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

**ATTENZIONE !  
PERDERE IMPROVVISAMENTE LA COSCIENZA E' SEMPRE UN FATTO  
POTENZIALMENTE GRAVE; BISOGNA SEMPRE ALLERTARE IL 118 !**

## EVENTO 7. CADUTA DALLA SCALETTA DELL'AEROMOBILE



Ettore, il nostro coordinatore dello Scalo, stava dando istruzioni per l'organizzazione del lavoro, quando improvvisamente ha messo un piede in fallo ed è caduto dall'alto della scaletta, proprio a livello della porta dell'aeromobile, facendo un volo di oltre 3 metri.

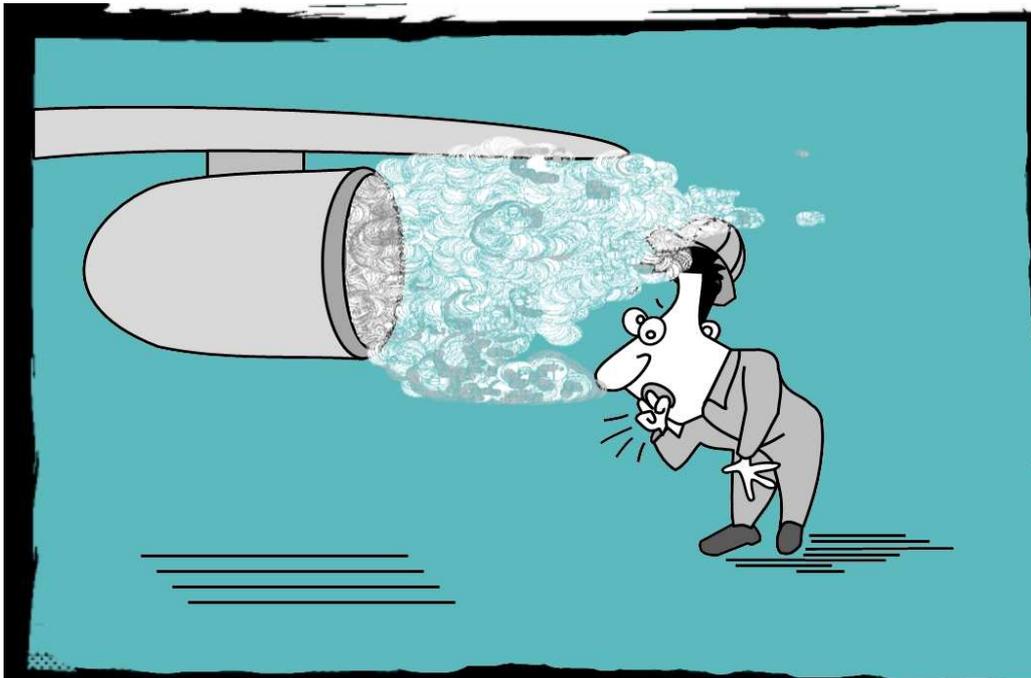
Ora è a terra circondato da altri colleghi e tra loro c'è il nostro addetto di primo soccorso. Ettore lamenta un forte dolore ai fianchi, ma vorrebbe riprendere il lavoro; poteva andare molto peggio, pensa...

L'addetto di primo soccorso, consapevole del fatto che quando gli incidenti presentano una dinamica così grave bisogna comunque condurre accertamenti sanitari, ha chiesto che Ettore venisse lasciato supino e lo ha convinto che si doveva subito chiamare il servizio medico di aeroporto. Sono venuti degli infermieri con una lettiga ed il medico ha provveduto a far eseguire tutti gli accertamenti necessari.

La caduta dall'alto è sempre un evento grave, ne possono derivare lesioni del cranio, gravi fratture del bacino e anche emorragie interne; è assolutamente necessario provvedere ad una valutazione medica.

**ATTENZIONE ! CADUTA DALL'ALTO, PERCEZIONE DI GRAVITA'**

## EVENTO 8. UN ATTACCO D'ASMA



Mentre Flavio lavorava sotto l'aereo mobile c'è stato un problema di fumi e gas; praticamente è successo che, anche se i motori erano spenti, c'erano ancora delle emissioni e queste emissioni erano particolarmente intense.

Nel caso di esposizione a emissioni diesel, così come avviene per l'esposizione ad altri agenti sensibilizzanti, come sono alcune sostanze chimiche, pollini, insetti ecc., se le persone hanno una predisposizione (allergia), si possono manifestare delle crisi di asma bronchiale.

Flavio soffre di asma allergico e porta sempre con sé il suo broncodilatatore spray; ha inalato due tre puff subito, come è abituato a fare quando comincia la tosse, ma questo non è stato sufficiente a farlo star bene.

Attacco asmatico- come riconoscerlo: difficoltà di respiro prevalentemente espiratoria, rumori espiratori, fischi, udibili anche da chi sta vicino alla vittima, tosse secca, sforzo dei muscoli respiratori del torace. La persona è molto agitata.

## COSA DEVE FARE CHI FA IL PRIMO SOCCORSO

- Rassicurare la persona;
- porla in posizione semiseduta;
- allentare abiti troppo stretti sul torace;
- coprirla per mantenere il calore corporeo;
- sorvegliarla e assisterla.

Le persone che soffrono di 'asma sono addestrate all'automedicazione con spray di broncodilatatori. L'attacco asmatico generalmente non costituisce una situazione di emergenza, **ma può però comunque portare all'arresto respiratorio (e cardiaco).**

Negli attacchi gravi l'automedicazione può non essere sufficiente, bisogna sempre stare pronti ad allertare, se necessario, il servizio di emergenza 118.

**ATTENZIONE: DIFFICOLTA' DI RESPIRO ACUTA, TENERE SEMPRE  
LA VITTIMA SOTTO OSSERVAZIONE**

**EVENTO 9. CADUTA IN BARCA**

Muovendosi rapidamente all'interno del mototopo per spostare un carico, Peter, forse perché si era formato uno strato di ghiaccio sulle tavole di pavimentazione a prua, è caduto all'indietro, battendo fortemente la testa contro il fondo della barca.

Naturalmente è stato un incidente piuttosto allarmante; non è stato facile per il suo collega in barca con lui, che lo ha subito assistito, capire quale fosse lo stato di coscienza di Peter. Peter aveva un forte dolore alla testa e sembrava piuttosto confuso.

Il collega ha chiamato il 118; la centrale operativa ha dato l'indicazione di proseguire con la barca fino all'ospedale, per poter sottoporre con urgenza Peter a tutti gli accertamenti sanitari che sono necessari in questi casi.

**FORTI COLPI ALLA TESTA: SE C'E' SOSPETTO DI ALTERAZIONI DELLA COSCIENZA, ALLERTARE IL 118!**

## EVENTO 10. SPAZI CONFINATI



Due lavoratori portuali sono scesi all'interno di una stiva contenente granaglie. Sono passati ormai alcuni minuti e non sono ritornati. Un collega dalla coperta ha chiamato ad alta voce, non ha ricevuto risposta; allora ha attivato immediatamente la squadra di emergenza e due membri dell'equipaggio sono scesi in stiva con l'autorespiratore.

Hanno trasportato gli infortunati in coperta e ora essi sono sottoposti alla rianimazione cardiorespiratoria, sia con il massaggio cardiaco che con le ventilazioni di soccorso, molto importanti in questi casi di asfissia.

La rianimazione è riuscita, il pronto ed efficace intervento ha salvato la vita adue lavoratori!

La stiva di una nave può diventare uno spazio confinato con atmosfera pericolosa se il carico può andare incontro a fermentazioni (formazione di ossidi di carbonio)

Gli spazi confinati costituiscono un rischio che può determinarsi in zone di lavoro in cui esistono condizioni di ventilazione sfavorevoli.

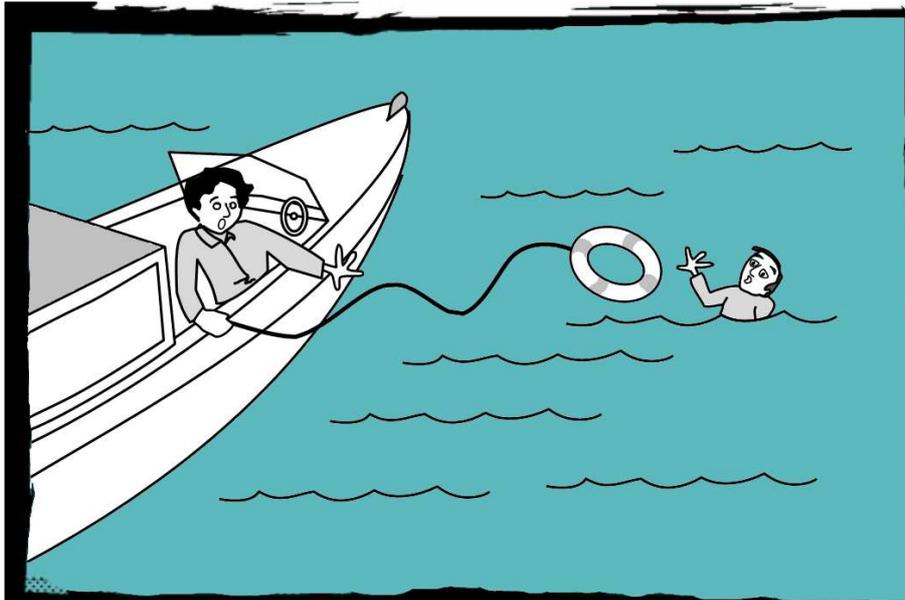
Oltre alla stiva di una nave, esempi comuni di spazi confinati sono serbatoi, reattori condotte di ventilazione o di scarico, pozzi, tunnel, silos, fognature, botole, cisterne per carichi liquidi o gassosi ecc.

Possano verificarsi le seguenti situazioni rischiose:

- una grave riduzione della concentrazione di ossigeno;
- l'accumulo nell'atmosfera di gas o vapori infiammabili;
- la persistenza di sostanze tossiche che, per qualsiasi motivo presenti in atmosfera, tendono ad occupare gli spazi vuoti sopra il carico in funzione della loro densità.

**RISCHIO SPAZI CONFINATI. ATTENZIONE, PRIMA DI INTERVENIRE  
BISOGNA ESSERE SICURI DI POTERLO FARE:  
ACCERTARE LA SICUREZZA DELLA SCENA !**

## EVENTO 11. UOMO IN MARE



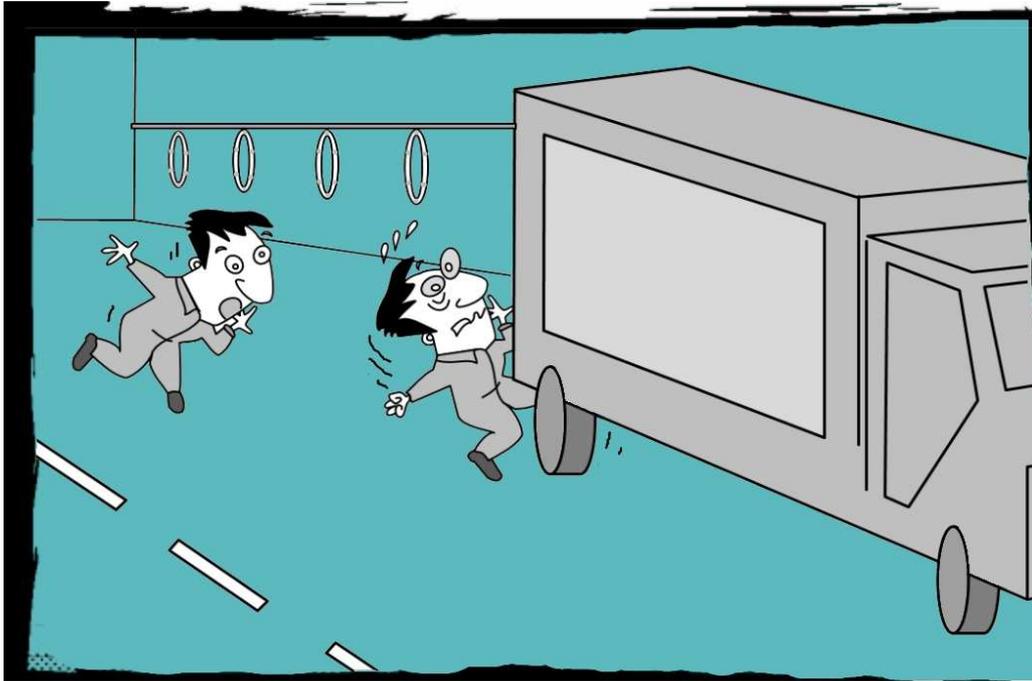
Sergio andando all'aeroporto, dopo una chiamata al suo taxi acquatico, si è imbattuto in una persona caduta in acqua, visibilmente in difficoltà. Ha lanciato subito il salvagente e si è accostato alla vittima. E' riuscito a portarla fuori dall'acqua.

In questi casi per prima cosa è necessario impedire l'asfissia (mancata ossigenazione del sangue) da annegamento:

- se la vittima è cosciente e respira, c'è solo da avviarla al soccorso specializzato ospedaliero (Pronto Soccorso) dove avrà le cure specifiche (riossigenazione, riscaldamento corporeo ecc.);
- se la persona è incosciente, ma respira, **si chiama subito il 118 -persona incosciente-** e la si mette in posizione laterale di sicurezza in attesa dell'arrivo dei soccorsi;
- se la vittima è incosciente e non respira, bisogna tenere a mente che l'arresto cardiaco da annegamento è dovuto principalmente alla mancanza di ossigeno.

Quindi non si comincia dal massaggio cardiaco; si parte con cinque ventilazioni iniziali di un secondo ciascuna, seguite da trenta compressioni toraciche e poi ancora da due ventilazioni. Si continua con due ventilazioni e trenta compressioni fino a quando non ricompaiono segni di vita oppure il soccorritore è esausto o arriva il personale del 118.

PRIMO SOCCORSO IN CASO ARRESTO CARDIACO DA ANNEGAMENTO: È NECESSARIO, SE ADDESTRATI, PRATICARE SUBITO CINQUE VENTILAZIONI DI SOCCORSO PRIMA DI INIZIARE IL MASSAGGIO CARDIACO !

**EVENTO 12. INFORTUNIO NELLA NAVE RO-RO**

Quest' estate in Porto è successo un grave infortunio nella stiva di una nave ro/ro. Un marittimo, che stava aiutando alla sistemazione nella stiva di un autoarticolato, è stato violentemente investito da un mezzo in retromarcia ed è rimasto a terra ferito. L'addetto al primo soccorso, prontamente accorso, ha verificato che l'infortunato era incosciente, ma aveva un respiro autonomo. Ha subito attivato i soccorsi specializzati (118), ha fatto allontanare tutte le persone che non avevano nulla a che fare con l'assistenza e, per evitare traumi ulteriori, non ha spostato il ferito dalla posizione in cui si trovava. A completamento del nostro racconto riferiamo che la vittima, trasportata in ospedale, si è poi rapidamente riavuta dalla commozione cerebrale e se l'è cavata con una frattura della gamba.

**GRAVI TRAUMI: EVITARE LO SPOSTAMENTO DELLA/E VITTIMA/VITTIME SE NON RISULTA NECESSARIO L'ALLONTANAMENTO IN EMERGENZA!**

### EVENTO 13. UN ALTRO INFORTUNIO NELLA STIVA



Un giovane addetto al carico e scarico del collettame (complesso di colli, pacchi, casse e simili raccolto in un veicolo unico per essere distribuito a clienti diversi) è rimasto schiacciato tra due carrelli elevatori all'interno della stiva di una nave ormeggiata in Porto. Ha riportato serie ferite e contusioni al petto. Gli addetti di primo soccorso della compagnia lavoratori portuali, prontamente accorsi, hanno rilevato che era cosciente, ma respirava con molta difficoltà; è stata chiamato il 118 e un'ambulanza con medico a bordo è intervenuta prontamente.

La vittima è stata trasportata in ospedale per ulteriori accertamenti.

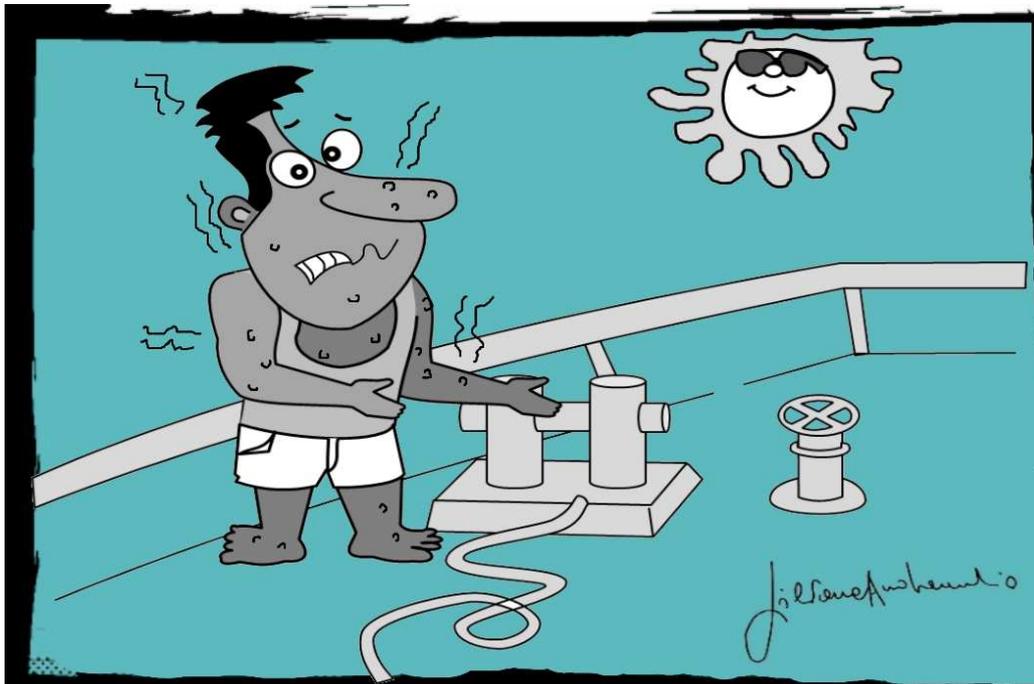
Lo schiacciamento del torace, così come quello dell'addome, del bacino, può essere all'origine dei gravi lesioni degli organi interni; nel caso dello schiacciamento del torace, si possono determinare lesioni polmonari, come il pneumotorace; nello schiacciamento dell'addome si possono avere lesioni del fegato, rottura della milza, lesioni renali.

Anche le lesioni da schiacciamento alle gambe possono essere gravi: si può determinare in questo caso la cosiddetta sindrome da schiacciamento, una grave condizione clinica causata da una forte pressione prolungata (oltre 30 minuti) su uno o più arti (gravi lesioni dei muscoli per mancanza di ossigeno). Essa è caratterizzata da shock e insufficienza renale acuta.

In caso di schiacciamento del torace, dell'addome, del bacino o degli arti, essendoci una condizione di possibile gravità, bisogna chiamare subito il 118 e rispettare l'antico detto "prima di tutto non nuocere ": quindi osservare molto bene le condizioni dei pazienti ed evitare qualunque spostamento non necessario che potrebbe aggiungere altre lesioni oltre a quelle che l' infortunio stesso ha provocato.

**GRAVI TRAUMI: EVITARE LO SPOSTAMENTO DELLA/E VITTIMA/VITTIME SE  
NON RISULTA NECESSARIO L'ALLONTANAMENTO IN EMERGENZA!**

## EVENTO 14 LE SCOTTATURE DA ECCESSIVA ESPOSIZIONE ALLE RADIAZIONI SOLARI



Juergen ha lavorato molto in coperta, spostando funi da prua a poppa e sistemando i salvagenti per le nuove scialuppe di salvataggio; non si è protetto bene dal sole e adesso ha delle ustioni estese, sia sulle spalle che al collo.

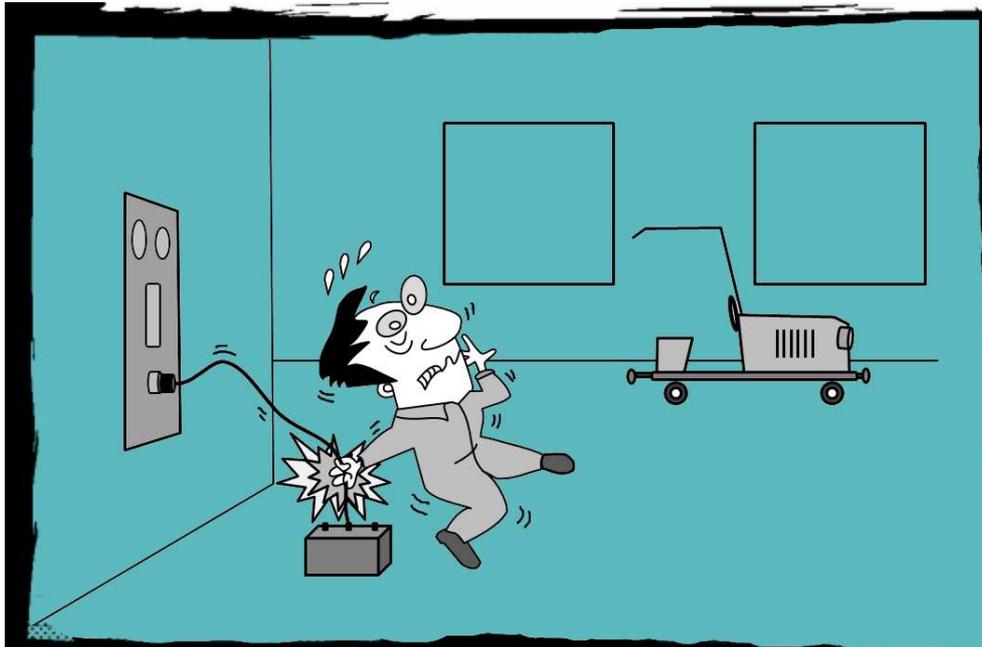
Ha chiamato il collega che tiene a bordo la cassetta di medicazione che lo ha fatto subito mettere in costume e poi lo ha "irrorato" con una forte quantità di acqua del rubinetto, per più di 15 minuti; poi ha applicato delle garze umide del tipo Burnshield, non ha usato pomate, né creme, solo ha raccomandato a Juergen di tenere le parti ustionate ben coperte con garze, per evitarne l'infezione e di non esporsi ulteriormente al sole.

Domattina sarà a bordo il medico, che farà un controllo per garantire che tutto proceda per il meglio.

Bisogna sempre fare una prevenzione efficace degli eritemi solari e delle scottature usando creme con filtri protettivi adeguati.

**SCOTTATURE/USTIONI PROVOCATE DALLE RADIAZIONI SOLARI:  
IL PRIMO MEZZO DI INTERVENTO È L'ACQUA,  
COME PER TUTTE LE ALTRE SCOTTATURE/USTIONI**

## EVENTO N. 15 UN INFORTUNIO ELETTRICO NELLA RICARICA DELLE BATTERIE



Ieri in Porto, Paolo, cercando di rimettere bene in funzione il carica batteria di un carrello elevatore, che dava segni di malfunzionamento, ha messo le mani nel quadro elettrico del magazzino sabbie e, forse per un accumulo di polveri sul quadro non a perfetta tenuta, ha subito uno shock elettrico per contatto indiretto, a causa della perdita di isolamento di alcuni componenti. Ora è a terra e gli addetti al primo soccorso sono pronti a intervenire.

INFORTUNIO ELETTRICO: I danni che possono derivarne dipendono dalla durata del contatto e dall'intensità della corrente.

COSA FARE:

Prima di tutto bisogna porsi in condizioni di isolamento (toccare il corpo del soggetto con qualche oggetto di legno o di gomma o con tessuti asciutti) **SE POSSIBILE STACCARE DEL TUTTO LA CORRENTE ELETTRICA**

Poi allontanare il soggetto dalla fonte di elettricità **CHIAMARE subito IL 118 !**

Valutare il più rapidamente possibile le condizioni generali dell'infortunato, controllando l'attività cardiaca e la respirazione; se c'è arresto, attuare immediatamente la rianimazione e seguire le indicazioni del 118.

**INFORTUNI ELETTRICI. ATTENZIONE: PRIMA DI INTERVENIRE BISOGNA ESSERE SICURI DI POTERLO FARE: ACCERTARE LA SICUREZZA DELLA SCENA!**