



## **Primo Soccorso**

### **Scuola Secondaria**

#### **Informazioni per il corpo docente**

Materiale didattico dedicato alla Scuola secondaria di primo grado e secondo grado

Per ulteriori informazioni sulla campagna Kids save lives:

[http://www.ircouncil.it/news/news\\_242](http://www.ircouncil.it/news/news_242)

Per ulteriori informazioni sulla campagna Viva! la settimana per la rianimazione cardiopolmonare: <http://www.settimanaviva.it/>

Per ulteriori informazioni Orientamento Formativo Principi di Primo Soccorso nella Scuola Primaria e Secondaria: [http://www.ircouncil.it/news/news\\_253](http://www.ircouncil.it/news/news_253)



## Informazioni per il corpo docente

### Primo Soccorso

Il Primo Soccorso è definito come l'insieme dei comportamenti di aiuto e delle prime cure, prestati per una patologia acuta o una lesione. Il Primo Soccorso può essere messo in atto da chiunque in qualsiasi situazione.

E' definito come addetto al Primo Soccorso chi, addestrato nelle tecniche di Primo Soccorso, deve riconoscere, valutare e definire le priorità in termini di primo soccorso, prestare le cure in conformità ad adeguate competenze e riconoscere i propri limiti e chiedere altra assistenza quando necessario.

Gli obiettivi del Primo Soccorso sono di preservare la vita, alleviare la sofferenza, prevenire nuove malattie o lesioni e favorire la guarigione.



## Informazioni per il corpo docente

### Primo Soccorso

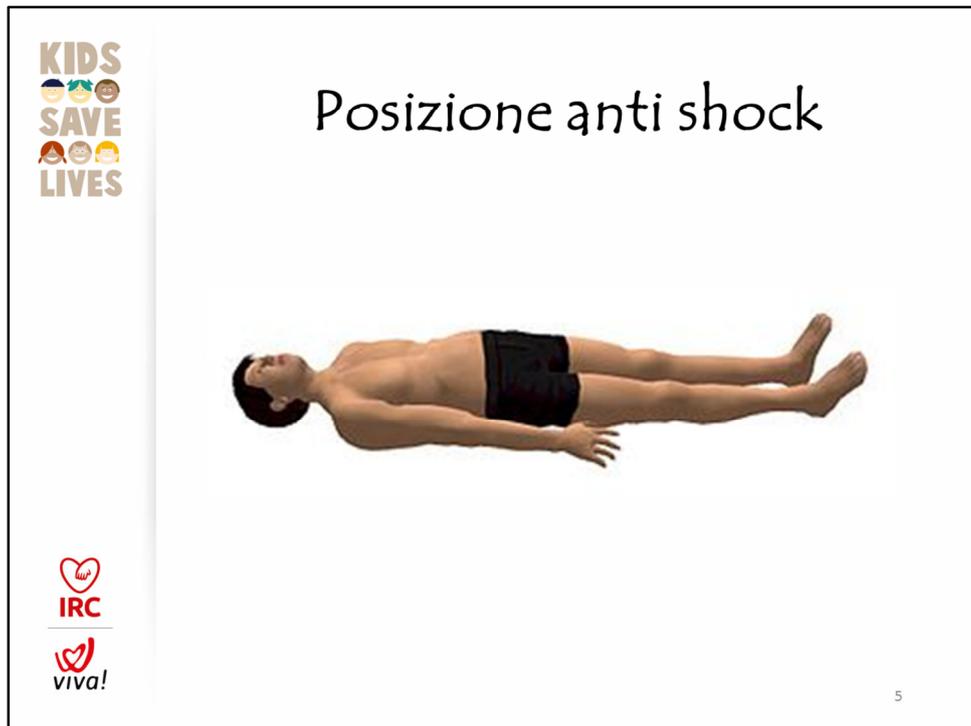
Questa definizione del 2015 di Primo Soccorso, così come creata dalla First Aid Task Force di ILCOR, evidenzia la necessità di riconoscere le lesioni e le malattie, la necessità di sviluppare una competenza specifica di base e la necessità, per i primi soccorritori, di provvedere simultaneamente a fornire le cure immediate e attivare il sistema di emergenza sanitaria, o altre risorse mediche, in base alle esigenze. Le valutazioni e i trattamenti eseguiti nell'ambito del primo soccorso dovrebbero essere adeguati dal punto di vista medico, basati sulla medicina legata all'evidenza o, in assenza di tal evidenza, sul consenso medico esperto. L'ambito del primo soccorso non è puramente scientifico poiché è influenzato sia dagli aspetti formativi sia da quelli legislativi. Proprio perché gli obiettivi del primo soccorso possono differire tra stati, regioni e provincie, le linee guida qui illustrate potrebbero dover essere ridefinite in rapporto alle circostanze, alle necessità e ai vincoli normativi. Il primo soccorso assistito telefonicamente non è stato oggetto di valutazione durante il processo di definizione delle linee guida 2015 e non è stato pertanto inserito nelle linee guida.



### **Informazioni per gli allievi e per il corpo docente**

#### **Posizionamento di una vittima incosciente che respira**

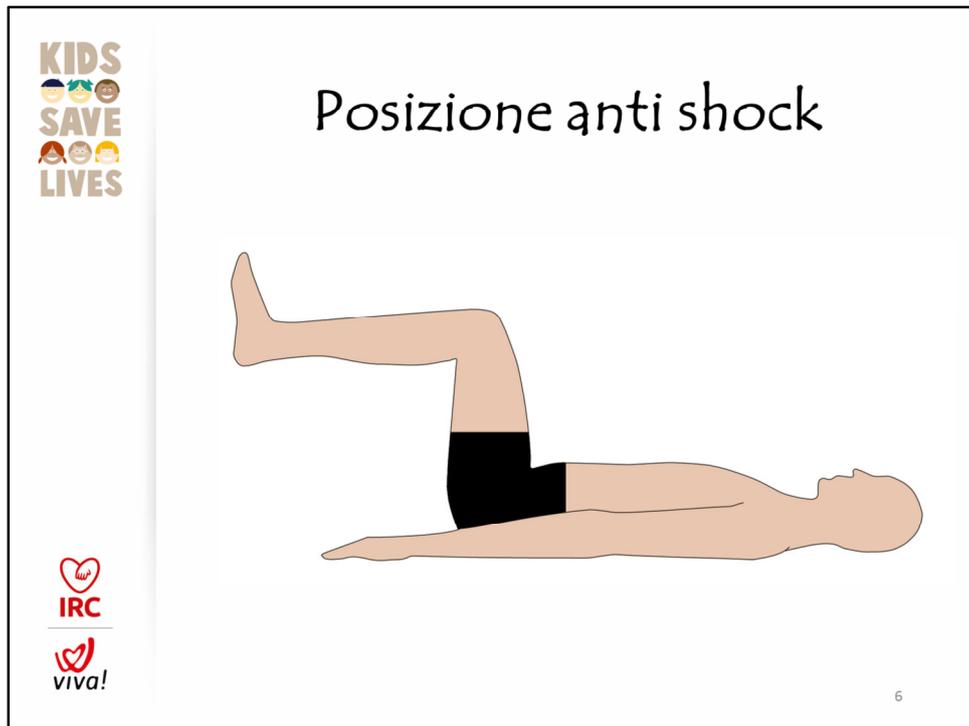
Gli individui incoscienti ma che respirano normalmente, devono essere posti in posizione laterale di sicurezza piuttosto che lasciati in posizione supina (sdraiati sul dorso). In alcune situazioni, quali la rianimazione correlata al respiro agonico o il trauma, potrebbe non essere opportuno mobilizzare l'individuo per metterlo in posizione di sicurezza.



### **Informazioni per gli allievi e per il corpo docente**

#### **Posizione ideale per una vittima in stato di shock (1)**

Gli individui in stato di shock devono essere posti in posizione supina (coricati sul dorso).



#### Informazioni per gli allievi

#### **Posizione ideale per una vittima in stato di shock (2)**

Se non vi è evidenza di trauma, va eseguito un sollevamento passivo degli arti inferiori in modo da ottenere un ulteriore transitorio miglioramento dei parametri vitali (< 7 minuti); il significato clinico di questo transitorio miglioramento non è chiaro.

#### **Informazioni per il corpo docente**

Lo shock è uno stato clinico associato a una compromissione della circolazione periferica. Può essere causato dalla perdita improvvisa di fluidi dal corpo (come nel sanguinamento), da gravi traumatismi, infarto miocardico, embolia polmonare e altre condizioni simili.

Il trattamento primario è usualmente diretto a trattare la causa dello shock, supportando il circolo. Anche se l'evidenza è debole, c'è un potenziale beneficio clinico nel migliorare i segni vitali e la funzione cardiaca, mantenendo la vittima in stato di shock in posizione supina (sdraiata sul dorso), piuttosto che in posizioni alternative.

Per quei pazienti in cui non vi è evidenza di trauma, l'esecuzione del sollevamento passivo degli arti inferiori può portare a un transitorio (< 7 minuti) miglioramento della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa media, dell'indice cardiaco e del volume di

eiezione.

Il significato clinico di questo transitorio miglioramento non è chiaro. Non è stato determinato di quanti gradi devono essere sollevati gli arti inferiori per ottenere il massimo beneficio. I differenti studi a riguardo sono stati condotti mantenendo gli arti inferiori sollevati tra i 30 e i 60 gradi.

Nessuno studio, comunque, ha riportato eventi avversi correlati col sollevamento passivo degli arti inferiori.

Queste raccomandazioni attribuiscono un valore crescente al potenziale, anche se incerto, beneficio clinico nel miglioramento dei segni vitali e della funzione cardiaca ponendo la vittima in stato di shock nella posizione supina (con o senza il sollevamento passivo degli arti inferiori), rispetto al rischio connesso alla mobilizzazione della vittima.

La posizione di Trendelenburg (gambe sollevate e testa in basso), è stata esclusa dalla valutazione delle linee guida 2015 e non è raccomandata sia per la eventuale mancata competenza degli addetti al primo soccorso nell'adottarla sia per la possibile non applicabilità di questa posizione in un ambiente extra ospedaliero.

**KIDS SAVE LIVES**

## Riconoscimento Ictus

**F**ace drooping.

**A**rm weakness.

**S**peech difficulty.

**T**ime to call 911.

Spot a stroke **F.A.S.T.**

IRC  
viva!

StrokeAssociation.org

7

### Informazioni per il corpo docente

L'ictus è una patologia non traumatica, causata da una lesione focale del sistema nervoso centrale di origine vascolare e generalmente sfocia in un danno permanente; si può presentare come infarto cerebrale, emorragia intracerebrale e/o emorragia subaracnoidea.

Ogni anno, 15 milioni di persone nel mondo sono colpite da ictus; di queste quasi 6 milioni muoiono e altri 5 milioni rimangono permanentemente disabili. L'ictus è la seconda principale causa di morte oltre i 60 anni di età e la seconda causa di disabilità (perdita della vista, della capacità di parlare, paralisi parziale o completa).

Il ricovero precoce in una stroke-unit e un pronto trattamento migliorano la prognosi; questo sottolinea l'importanza del pronto riconoscimento dei sintomi dell'ictus da parte degli addetti al primo soccorso. L'obiettivo, nella gestione dell'ictus, è quello di arrivare precocemente al trattamento definitivo e di beneficiare delle migliori terapie (ad esempio la terapia trombolitica entro le prime ore in caso di ictus ischemico o l'intervento chirurgico in caso di emorragia intracranica). C'è una buona evidenza sul fatto che l'utilizzo di strumenti mirati alla diagnosi dell'ictus abbrevia i tempi del trattamento definitivo.

Nel caso d'individui con sospetto ictus acuto, va utilizzata una scala di valutazione dell'ictus per ridurre i tempi di riconoscimento e di trattamento definitivo. I soccorritori

devono essere formati nell'uso della scala FAST (Face, Arm, Speech Tool) o della scala CPSS (Cincinnati Pre-hospital Stroke Scale) per essere guidati nel riconoscimento precoce dell'ictus.

**KIDS  
SAVE  
LIVES**

# Ipoglicemia



**IRC**  
**viva!**

8

## **Informazioni per gli allievi**

### **Trattamento dell'ipoglicemia**

I pazienti coscienti affetti da ipoglicemia sintomatica, vanno trattati con la somministrazione di tavolette di glucosio per una dose equivalente a 15-20 grammi di glucosio. Se non sono disponibili le tavolette di glucosio utilizzare altre forme di zucchero alimentare.

### **Informazioni per il corpo docente**

Il diabete è una patologia cronica che si manifesta quando il pancreas non produce una quantità sufficiente d'insulina, l'ormone che regola il livello di zuccheri nel sangue, o quando l'organismo non è in grado di utilizzare correttamente l'insulina prodotta. Il diabete può essere associato a complicanze molto serie come l'infarto o l'ictus ma anche le alterazioni gravi del livello di zuccheri nel sangue (iper e ipoglicemia) possono costituire una vera e propria emergenza medica. L'ipoglicemia rappresenta un evento improvviso e pericoloso per la vita, caratterizzato da sintomi quali fame, mal di testa, agitazione, tremori, sudorazione, comportamenti psicotici (molto spesso simili a quelli dell'ubriachezza) e infine perdita di coscienza. E' di estrema importanza che questi sintomi siano riconosciuti poiché la vittima richiede un rapido trattamento di primo soccorso. Nei pazienti coscienti, in grado di eseguire ordini semplici e deglutire, l'ipoglicemia dovrebbe essere trattata inizialmente con la somministrazione di glucosio in tavolette, per una dose equivalente a 15-20 grammi di glucosio, prima di passare

all'utilizzo di alimenti molto zuccherini. Nel caso in cui le tavolette non fossero immediatamente disponibili, utilizzare cibi o bevande zuccherine come le caramelle zuccherate, i cubetti di zucchero o il succo d'arancia. Le preparazioni di glucosio in gel o pasta non sono direttamente equivalenti alle tavolette, in termini di dose e assorbimento. Se il soggetto non è cosciente o non è in grado di deglutire, la somministrazione per via orale deve essere evitata per il rischio di aspirazione e, in quel caso, diventa necessario allertare il soccorso sanitario.

**KIDS  
SAVE  
LIVES**

# Disidratazione



**IRC**  
**viva!**

9

### **Informazioni per gli allievi**

#### **Disidratazione da sforzo e terapia reidratante.**

Per la reidratazione d'individui affetti da una semplice disidratazione legata all'esercizio fisico, utilizzare bevande a base di carboidrati ed elettroliti al 3-8%. Alternative accettabili comprendono l'acqua, le bevande a base di carboidrati ed elettroliti al 12%, l'acqua di cocco, il latte parzialmente scremato o il tè con o senza aggiunta di soluzioni contenenti carboidrati o elettroliti.

### **Informazioni per il corpo docente**

I soccorritori prestano spesso assistenza nei punti di rifornimento delle gare ciclistiche o podistiche. La mancanza di un'adeguata idratazione prima durante e dopo lo sforzo fisico, contribuisce all'insorgenza di una disidratazione legata allo sforzo. Quando un intenso sforzo fisico è svolto in condizioni d'elevata temperatura, la disidratazione si può associare a crampi da calore, collasso da calore o colpo di calore. L'acqua è la bevanda comunemente usata per la reidratazione a seguito dell'esercizio fisico ma sono anche spesso proposti allo scopo nuovi prodotti commerciali: gli integratori idrico-salini. Inoltre sono state recentemente considerate accettabili per la reidratazione per via orale bevande alternative (tè o acqua di cocco), preferite da alcuni atleti per abitudini culturali. Le soluzioni dissetanti fatte in casa o ottenute dai preparati in polvere sono più indicate per trattare la disidratazione legata a problemi gastrointestinali e non sono così pratiche per il trattamento della disidratazione legata allo sforzo.

L'utilizzo degli integratori idrico-salini (contenenti una percentuale di carboidrati compresa fra 3 e 8%) è considerato più efficace dell'acqua per combattere i sintomi della disidratazione legata all'attività fisica. L'acqua rimane in ogni caso la bevanda idratante più facilmente reperibile e la sua appetibilità e buona tolleranza gastro-intestinale ne motivano la maggior diffusione ed utilizzo rispetto a quelle di altri liquidi integratori. E' possibile utilizzare anche altre bevande idratanti quali gli integratori al 12% di carboidrati, l'acqua di cocco, il latte parzialmente scremato, e il tè, sia addizionato sia non di integratori zuccherini e salini.

E' ben noto come la sete non sia un'affidabile spia della disidratazione e che il volume di liquidi somministrati per via orale debba almeno essere pari a quello perso. Può essere difficile determinare, in ambito extra-ospedaliero, l'esatto volume di liquidi da reintegrare per ottenere una reidratazione adeguata.

In caso di disidratazione severa, associata a ipotensione, iperpiressia e alterazioni dello stato mentale, non è sufficiente reintegrare i liquidi persi per via orale, ma diventa necessario l'intervento di un soccorso avanzato in grado di somministrare fluidi per via endovenosa (norme di buona prassi).



### **Informazioni per gli allievi**

#### **Lesioni oculari da contatto con sostanze chimiche**

Per trattare una lesione oculare dovuta a esposizione a una sostanza chimica, è necessario agire immediatamente irrigando l'occhio, in modo continuo, con abbondanti volumi di acqua pulita. Indirizzare l'infortunato in pronto soccorso per un controllo medico.

In caso di lesione oculare da sostanza chimica, agire immediatamente indossando un paio di guanti e irrigando l'occhio lesa con abbondante acqua pulita, facendo attenzione che l'acqua di lavaggio non venga in contatto con l'altro l'occhio (norme di buona prassi). Contattare il sistema di emergenza sanitaria e il centro antiveleni. Lavarsi le mani dopo aver prestato le prime cure e indirizzare l'infortunato in pronto soccorso per un controllo medico (norme di buona prassi).

### **Informazioni per il corpo docente**

Un problema comune sia in ambito domestico sia lavorativo è il contatto degli occhi con le sostanze chimiche, spesso aggravato dalla difficoltà di identificare, con precisione, la natura delle sostanze. Le lesioni da sostanze alcaline sono molto gravi e possono provocare danni severi alla cornea fino alla cecità. Il lavaggio con abbondante acqua si è dimostrato più efficace, nel migliorare il pH corneale, rispetto all'utilizzo di piccoli volumi o di soluzioni saline. E' consigliabile che il soccorritore proceda immediatamente al lavaggio dell'occhio con abbondante acqua pulita senza perdere troppo tempo nel

tentativo di identificare il tipo di sostanza chimica entrata a contatto con l'occhio. L'infortunato deve inoltre essere invitato a recarsi in pronto soccorso per un controllo medico. Nel caso ci si trovi in ambienti caratterizzati da un elevato rischio di contaminazione oculare da parte di sostanze chimiche particolari, dovrebbe essere immediatamente disponibile un antidoto.

**KIDS  
SAVE  
LIVES**

## Controllo del sanguinamento



**IRC**  
**viva!**

11

### **Informazioni per gli allievi**

#### **Controllo delle emorragie**

Quando possibile, l'emorragia esterna deve essere controllata con una compressione diretta, con o senza medicazione.

Non bisogna cercare di controllare le emorragie esterne gravi con la compressione esercitata su punti prossimali o con l'elevazione dell'arto interessato. In ogni caso, può essere di beneficio l'utilizzo della crioterapia localizzata, con o senza compressione, per trattare emorragie degli arti chiuse o di minore entità.

#### **Informazioni per il corpo docente**

Esistono pochi dati riportati in letteratura riguardanti le diverse tecniche di controllo del sanguinamento dei soccorritori. La tecnica più efficace è, quando possibile, la compressione diretta sulla ferita. La crioterapia localizzata, con o senza compressione, può essere utile per ottenere un'emostasi in caso di emorragie minori o chiuse agli arti, anche se questo dato è basato su evidenze ottenute in ambito ospedaliero. Non ci sono dati pubblicati che dimostrino l'efficacia dell'utilizzo dei punti di compressione prossimali per il controllo del sanguinamento. Nel caso in cui la compressione diretta non sia efficace nel controllo dell'emorragia, è possibile utilizzare una medicazione emostatica o il laccio emostatico (vedere più avanti).

**KIDS  
SAVE  
LIVES**

# Controllo del sanguinamento



**IRC**  
**viva!**

Per l'applicazione in sicurezza ed efficacia delle medicazioni emostatiche e del laccio emostatico è richiesta una formazione specifica.

12

## Informazioni per gli allievi

### Medicazioni emostatiche

Utilizzare una medicazione emostatica quando non è possibile controllare una grave emorragia esterna con la sola compressione diretta o quando la ferita è situata in una posizione ove la compressione diretta non è possibile. **Per l'applicazione in sicurezza ed efficacia delle medicazioni emostatiche è richiesta una formazione specifica.**

### Uso del laccio emostatico

Utilizzare il laccio emostatico quando non è possibile controllare una grave emorragia esterna di un arto con la sola compressione diretta della ferita. **Per l'applicazione in sicurezza ed efficacia del laccio emostatico è richiesta una formazione specifica.**

## Informazioni per il corpo docente

Le medicazioni emostatiche sono di comune utilizzo per il controllo del sanguinamento in ambito chirurgico o militare, soprattutto per quelle ferite che interessano aree non comprimibili, come il collo, l'addome o l'inguine. Gli agenti emostatici di prima generazione erano costituiti da prodotti in polvere o in granuli che erano applicati direttamente sulla ferita. L'utilizzo di alcuni di questi prodotti è stato associato allo sviluppo di reazioni esotermiche in grado di peggiorare la lesione del tessuto. Nella realizzazione delle medicazioni emostatiche sono stati ottenuti importanti progressi in termini di composizione, tipo di tessuto, e principi attivi utilizzati. In letteratura sono

riportati studi sull'uomo che dimostrano l'efficacia di questo tipo di medicazioni nel migliorare l'emostasi, con una piccola percentuale di complicazioni (3%) e una riduzione del tasso di mortalità.

Le ferite degli arti possono essere causa di emorragie pericolose per la vita e rappresentano una fra le principali cause di morte evitabile sia in ambito civile sia militare. Il trattamento iniziale delle emorragie severe che interessano gli arti è la compressione diretta, tecnica che però non è sempre eseguibile. Inoltre, anche un bendaggio compressivo stretto sulla ferita può non essere sufficiente per controllare completamente un'emorragia arteriosa. Il laccio emostatico è stato utilizzato sul campo di combattimento per molti anni come trattamento delle emorragie gravi degli arti. La sua applicazione ha ridotto il tasso di mortalità in quanto in grado di ottenere un'emostasi con una percentuale di complicitanze fra il 4.3 e il 6%.



### Informazioni per gli allievi

#### Riallineamento di una frattura angolata

Non riallineare una frattura angolata delle ossa lunghe (norme di buona prassi). Proteggere l'arto fratturato immobilizzandolo tramite utilizzo di una stecca benda per ridurre la possibilità di movimento, limitare il dolore, ridurre la possibilità di peggiorare la lesione e facilitare il trasporto in ospedale in modo rapido e sicuro.

**Il riallineamento delle fratture è riservato al personale specificatamente formato per eseguire tale manovra.**

#### Informazioni per il corpo docente

Le fratture, così come le lussazioni, le distorsioni e gli strappi muscolari, rappresentano una tipologia di traumi degli arti comunemente trattata dai soccorritori. Le fratture delle ossa lunghe, in particolare quelle che riguardano la gamba o l'avambraccio, possono presentarsi come angolate.

Una frattura molto angolata può limitare la possibilità di steccare opportunamente l'arto così come di muovere l'individuo l'infortunato.

Il trattamento di una frattura inizia con la stabilizzazione manuale, seguita dall'immobilizzazione con stecca nella posizione in cui si trova. L'immobilizzazione con stecca che include le articolazioni superiore e inferiore rispetto al punto di frattura protegge da altri movimenti e, quindi, riduce il dolore e limita il rischio della trasformazione di una frattura chiusa in frattura aperta.

Nonostante non siano presenti dati in letteratura che dimostrino l'effettivo beneficio della stabilizzazione manuale o dell'immobilizzazione con stecca della frattura, il buon senso e le opinioni degli esperti supportano questa tipologia d'intervento al fine di ridurre il dolore ed evitare complicazioni. Il soccorritore può e deve immobilizzare la frattura di un arto nella posizione in cui la trova, muovendo l'arto il meno possibile o comunque solo il tanto necessario per applicare la stecca benda. In alcuni casi, la frattura degli arti può presentarsi significativamente angolata, fattore che rende molto complessa sia l'applicazione della stecca benda sia la mobilizzazione dell'infortunato. In questi casi, è necessario l'intervento di personale qualificato per riallineare o ridurre la frattura tanto da rendere possibile l'immobilizzazione e il trasporto in ospedale.



### **Informazioni per gli allievi**

#### **Trattamento di primo soccorso per una ferita aperta del torace**

Una ferita aperta del torace deve essere lasciata esposta, in modo che possa comunicare liberamente con l'ambiente esterno, senza applicare una medicazione. In alternativa, se necessario, si può coprire la ferita con una medicazione non occlusiva. L'utilizzo di una medicazione o di un presidio con effetto occlusivo può provocare lo pneumotorace iperteso, condizione pericolosa per la vita. Controllare il sanguinamento localizzato con la compressione diretta.

### **Informazioni per il corpo docente**

Il trattamento corretto di una ferita aperta del torace è una procedura critica, poiché la chiusura accidentale di queste ferite, dovuta all'uso di una scorretta medicazione, di un presidio con effetto occlusivo o all'applicazione di una medicazione che diventa occlusiva, può provocare l'instaurarsi dello pneumotorace iperteso, complicanza pericolosa per la vita. L'applicazione su un modello animale di un presidio non occlusivo ha portato ad una riduzione dell'incidenza di arresto respiratorio, un miglioramento della saturazione di ossigeno, del volume corrente, della frequenza respiratoria e della pressione arteriosa media. E' importante che una ferita aperta del torace non sia occlusa, specialmente quando essa è associata a una lesione polmonare sottostante e che l'interno del torace rimanga in comunicazione con l'ambiente esterno.



### Informazioni per gli allievi

#### **Immobilizzazione della colonna vertebrale**

L'applicazione routinaria del collare cervicale da parte dei soccorritori non è raccomandata. Nel sospetto di un danno alla colonna vertebrale cervicale, è indicato mantenere manualmente la testa in una posizione che limiti i movimenti angolari, in attesa dell'arrivo dei soccorritori sanitari esperti (norme di buona prassi).

#### **Informazioni per il corpo docente**

Si definisce immobilizzazione della colonna vertebrale una procedura effettuata con l'utilizzo di una combinazione di dispositivi (per esempio tavola spinale e collare cervicale), atti a limitare la mobilità della colonna vertebrale.

Si definisce limitazione della mobilità della colonna vertebrale cervicale, una riduzione o restrizione dei movimenti della colonna vertebrale cervicale tramite l'utilizzo di dispositivi meccanici che includono il collare cervicale e i sacchetti di sabbia fissati con nastro.

La stabilizzazione della colonna vertebrale è definita come il fisico mantenimento della colonna vertebrale in posizione neutra prima di applicare i dispositivi di limitazione del movimento.

Nel sospetto di un danno a carico della colonna vertebrale cervicale, è stata

consuetudine posizionare il collare cervicale al fine di evitare ulteriori danni causati dal movimento della colonna. Tuttavia questo intervento si è basato più su consensi e opinioni, che su evidenze scientifiche. Inoltre, in seguito al posizionamento del collare cervicale è stato dimostrato il verificarsi di effetti avversi, clinicamente significativi, come l'aumento della pressione intracranica



### **Informazioni per gli allievi**

#### **Raffreddamento delle Ustioni**

Le ustioni termiche devono essere attivamente raffreddate, il più presto possibile, per un minimo di 10 minuti, utilizzando acqua.

#### **Medicazione delle ustioni**

Dopo il raffreddamento, le ustioni devono essere coperte, secondo la prassi corrente, con una medicazione sterile e morbida (norme di buona prassi).

### **Informazioni per il corpo docente**

Il raffreddamento attivo immediato delle ustioni, definito come qualsiasi metodo impiegato per ridurre localmente la temperatura di un tessuto, è una comune raccomandazione di primo soccorso da molti anni. Il raffreddamento delle ustioni minimizzerà la profondità delle lesioni determinate dal danno termico e ridurrà probabilmente il numero di pazienti che richiederanno eventuale ospedalizzazione per trattamenti specifici.

Gli altri benefici descritti sono la riduzione del dolore e dell'edema, un minor tasso d'infezioni e un più rapido processo di guarigione.

Non esistono raccomandazioni specifiche, scientificamente supportate, per definire la temperatura, il metodo (per esempio cuscini di gel, impacchi freddi o acqua) o la

durata del raffreddamento. L'acqua pulita è facilmente reperibile in molte parti del mondo e può quindi essere utilizzata immediatamente per il raffreddamento delle ustioni; raffreddare per dieci minuti è la pratica attualmente raccomandata.

Si deve prestare attenzione durante il raffreddamento di grandi ustioni termiche o di ustioni in neonati e bambini piccoli, in modo da non indurre ipotermia.

E' disponibile una vasta gamma di medicazioni per le ustioni; a idro colloidi, con film di poliuretano, con idrogel, con nylon siliconato, con pelle biosintetica, antimicrobica e semplici pacchi di garze di fibra medicate o no. Le medicazioni attuali includono anche un rivestimento di plastica, normale pellicola o presidio sanitario, che ha il vantaggio di essere poco costoso, facilmente reperibile, non tossico, non aderente, impermeabile e trasparente, consentendo il monitoraggio della ferita senza rimuovere la medicazione.

Non vi sono evidenze scientifiche per determinare quale tipo di medicazione, asciutta o umida, sia più efficace. La decisione su quale tipo di medicazione per le ustioni debbano utilizzare gli addetti al primo soccorso dovrebbe, quindi, essere determinata da politiche nazionali o locali.



### **Informazioni per il corpo docente**

#### **Avulsione dentale**

Un dente avulso, che non possa essere immediatamente reimpiantato, va conservato in una soluzione tamponata di Hank. Se questa non fosse disponibile utilizzare la propoli, l'albumine d'uovo, l'acqua di cocco, il ricetral, il latte intero, una soluzione salina o una soluzione tampone fosfato (in ordine di preferenza) e inviare il soggetto presso un dentista il più rapidamente possibile.

### **Informazioni per il corpo docente**

A causa di una caduta o di un incidente che coinvolge la faccia, un dente può essere danneggiato o avulso. Un primo soccorso appropriato, in caso di avulsione di un dente permanente, aumenta la possibilità di recupero dopo il riposizionamento del dente stesso. L'immediato re-impianto è l'intervento di consiglio dalla comunità dei dentisti, anche se, spesso, non è possibile per gli addetti al primo soccorso eseguire questa procedura a causa di mancanza di formazione o competenze specifiche.

Se il dente non è immediatamente re-impiantato, la priorità è trasportare il paziente e il dente avulso presso un dentista che sia in grado di re-impiantare il dente il più presto possibile. Nel frattempo conservare il dente in una soluzione temporanea. La soluzione salina tamponata di Hank è il mezzo raccomandato, ma altre soluzioni come propoli, l'albumine d'uovo, l'acqua di cocco, il ricetral, sono raccomandate se confrontate con la

sopravvivenza del dente in seguito alla conservazione nel latte intero. Le soluzioni salina e tampone fosfato sono meno efficaci se confrontate con il latte intero. La scelta della soluzione in cui conservare il dente dipende dalla disponibilità e accessibilità della soluzione.

KIDS  
SAVE  
LIVES

Domande?





### Riferimenti iconografici

Diapo (1): First aid (<http://www.whitespacestudio.co.uk/wp-content/uploads/2015/05/blocks-pics.jpg>)

Diapo (3): ILCOR (<http://www.ilcor.org>)

Diapo (4): ERC 2015 (<https://www.erc.edu/>)

Diapo (5): Supine position

([https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Supine\\_position\\_2012-02-02.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Supine_position_2012-02-02.jpg))

Diapo (6): Antishock position

([https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Antishock\\_body\\_position.svg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Antishock_body_position.svg))

Diapo (7): FAST (<http://www.strokeassociation.org>)

Diapo (13): Splint ([http://first\\_aid\\_4all.tripod.com/fractions\\_and\\_dislocation.htm](http://first_aid_4all.tripod.com/fractions_and_dislocation.htm))

Diapo (17): Dental avulsion (<http://www.childrenscolorado.org/wellness-safety/is-your-child-sick/toothinjury/tooth-injury/photos>)

### Bibliografia

Linee guida European Resuscitation Council 2015

© 2015 Italian Resuscitation Council - Tutti i diritti riservati

© 2015 European Resuscitation Council - Tutti i diritti riservati