



NOZIONI DI PRIMO SOCCORSO ALLA POPOLAZIONE

Relatore: Dott. Bruni Mattia

Argomento: nozioni di primo soccorso alla popolazione

Aggiornato: 01/01/22

Sviluppato da: ER-Academy

Documento d'interesse: ●



Leggenda

Documento d'interesse di tutti ●

Documento d'interesse specifico ●

PROGRAMMA



- RUOLO DEL SOCCORRITORE OCCASIONALE
 - CENNI LEGISLATIVI
 - LA CATENA DELLA SOCCORSO
 - ATTIVAZIONE NUE 112
 - VALUTAZIONE DEL SOGGETTO COINVOLTO
 - PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI: ANGINA, IMA, ARRESTO CARDIACO, SHOCK
 - PATOLOGIE RESPIRATORIE
 - PATOLOGIE DA TRAUMA
 - PATOLOGIE METABOLICHE
 - PATOLOGIE DA INTOSSICAZIONE
 - PATOLOGIE NEUROLOGICHE
- ACCENNI DI RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE E MANOVRA DI HEMLIK



OBIETTIVI



- APPLICARE I CONCETTI DI SICUREZZA E PROTEZIONE SUL PRIMO SOCCORSO
- CAPIRE IL PROBLEMA PRINCIPALE
- CONOSCERE IL SISTEMA DI ALLERTA E ATTIVAZIONE D'EMERGENZA NUN 112
- SAPER INTERVENIRE IN ATTESA DELL'ARRIVO DI PERSONALE QUALIFICATO
- ASSISTERE LA VITTIMA CON LE RISORSE DISPONIBILI
- EVITARE E/O CONTENERE EVENTUALI SITUAZIONI DANNOSE

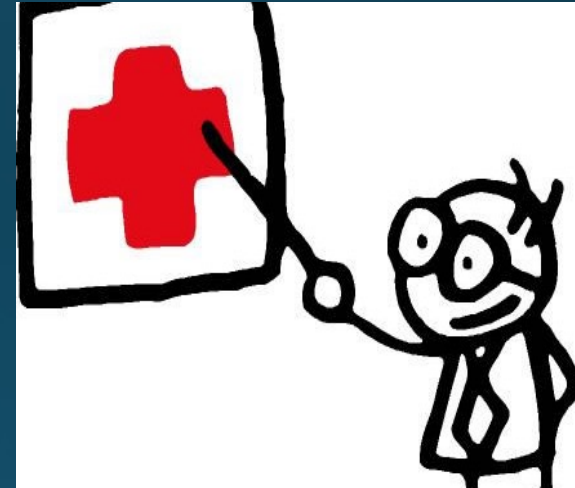


RUOLO DEL SOCCORRITORE OCCASIONALE



CHE COS'E' IL PRIMO SOCCORSO?

È L'AIUTO DATO AL SOGGETTO INFORTUNATO O MALATO, DA PERSONALE NON SANITARIO E OCCASIONALE, IN ATTESA DELL'INTERVENTO DI SOCCORSO QUALIFICATO.



PERCHE' PARLIAMO DI PRIMO SOCCORSO?



PERCHE' BASTANO DELLE SEMPLICI MANOVRE E UN COMPORTAMENTO CORRETTO PER SALVARE LA VITA DI UNA PERSONA (AMICO/A, PARENTE, COLLEGA DI LAVORO, VICINO DI CASA, CONOSCENTE...)



PERCHÉ TUTTI POSSIAMO TROVARCI NELLE CONDIZIONI DI DOVERE PRESTARE SOCCORSO A QUALCUNO IN DIFFICOLTA'

PERCHE' IL PRIMO SOCCORRITORE DIVENTA UN IMPORTANTE PONTE FRA L'EVENTO CHE COINVOLGE LA VITTIMA (INFORTUNIO, MALORE) E IL SOCCORSO QUALIFICATO, DIMINUENDO IL TEMPO DI RISPOSTA DEL SOCCORSO STESSO.

FACCIAMO CHIAREZZA



Il **PRONTO SOCCORSO** è effettuato solo da medici, infermieri, volontari opportunamente addestrati, con strumenti e terapie adeguate, sul luogo dell'evento, durante il trasporto e all'ospedale.

Il **PRIMO SOCCORSO** è l'aiuto che **CHIUNQUE** può prestare ad una o più persone, vittime di un trauma o di un malore, in attesa dell'arrivo di un soccorso qualificato.



OBIETTIVI DEL PRIMO SOCCORSO

**RIDURRE LE
MORTI
EVITABILI**



**RIDURRE LA
MORBILITA'**

**DIMINUIRE I
TASSI
D'INVALIDITA'**

CENNI LEGISLATIVI



SOCCORRERE O NON SOCCORRERE?

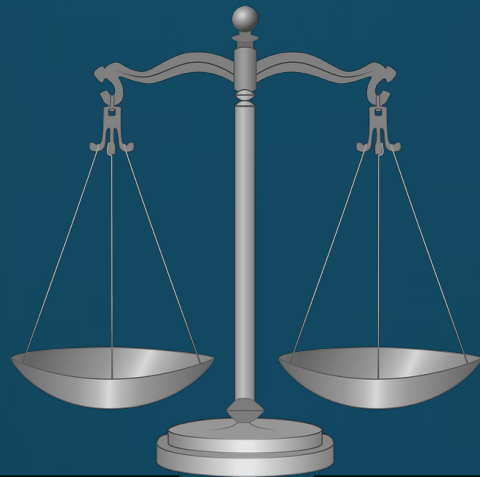


Non prestare soccorso
=
Omissione di soccorso
(art. 593 C.P.)



Prestare soccorso
=
Stato di necessità
(art. 54 C.P.)

OMISSIONE DI SOCCORSO



STATO DI NECESSITA'

Il reato è consumato da chiunque"...trovando abbandonato...persona incapace di provvedere a sé stessa omette di darne avviso all'Autorità.

Alla stessa pena soggiace chi, trovando un corpo inanimato, ovvero una persona ferita o altrimenti in pericolo, omette di prestare l'assistenza occorrente o di darne immediato avviso alle Autorità."

Il reato è consumato da chiunque"...trovando abbandonato...persona incapace di provvedere a sé stessa omette di darne avviso all'Autorità.

Alla stessa pena soggiace chi, trovando un corpo inanimato, ovvero una persona ferita o altrimenti in pericolo, omette di prestare l'assistenza occorrente o di darne immediato avviso alle Autorità."

STATO DI NECESSITÀ

MANOVRE ESEGUIBILI DA UN SOCCORRITORE:

- Valutazioni parametri vitali e principali alterazioni
- Massaggio cardiaco esterno e ventilazione artificiale
- Immobilizzazione rachide e arti
- Emostasi, protezione e medicazione delle ferite
- Sottrazione della vittima da una situazione d'immediato pericolo di vita



ALTRI ASPETTI LEGALI

- CONSENSO INFORMATO
- CONSENSO IMPLICITO
- RESPONSABILITA' PER I BENI ALTRUI
- DIRITTO ALLA DISCREZIONE



CONSENSO INFORMATO

NELLE DECISIONI PRESE NEI CONFRONTI DI UNA PERSONA COSCIENTE E MAGGIORENNE BISOGNA TENERE CONTO ANCHE DEL PARERE DELLA VITTIMA

ES. CHIAMARE UN'AMBULANZA O UN MEDICO O UN FAMILIARE

CONSENSO IMPLICITO

SE LA PERSONA NON È COSCIENTE O NON PUÒ ESPRIMERE IL SUO CONSENSO PER ALTRE RAGIONI, SI DECIDE IN MODO AUTONOMO PER SALVAGUARDARE LA SALUTE DELLA PERSONA.

RESPONSABILITA' PER I BENI ALTRUI

SE LA VITTIMA NON È PERFETTAMENTE COSCIENTE,
CONSEGNARE EVENTUALI OGGETTI PERSONALI AI
PARENTI O AL PERSONALE SANITARIO A CUI LA SI
AFFIDA, ALLA PRESENZA DI UN TESTIMONE

DIRITTO ALLA DISCREZIONE

OGNI PERSONA HA DIRITTO ALLA DISCREZIONE E
QUINDI È

POCO CORRETTO RACCONTARE AD ALTRI EVENTI O
SITUAZIONI DI CUI SI È STATI TESTIMONI O
PARTECIPANTI ATTIVI

QUINDI IL SOCCORRITORE OCCASIONALE...

- Non deve mai sostituirsi al medico
- Non deve mai improvvisare manovre che non sa fare
 - Non deve cercare di fare l'eroe
 - Non deve farsi prendere dal panico
- Non si deve sostituire al personale sanitario qualificato di soccorso
 - Non deve somministrare nessun farmaco o liquido alla vittima.



MA DEVE ESSERE RESPONSABILE E IN GRADO DI...

- Saper effettuare una corretta chiamata di soccorso al NUE 112
- Essere collaborativo se presente personale sanitario qualificato
- Favorire la sopravvivenza della vittima
- Allontanare la folla e/o coinvolgere persone in grado di partecipare al soccorso
- Proteggere la vittima e fare sicurezza
- Effettuare sostegno morale all'infortunato
- Saper distinguere i casi **urgenti** dai casi **gravi (emergenza)**
- Attuare le manovre corrette di primo soccorso nel migliore dei modi



LA CATENA DEL SOCCORSO

EMERGENZA URGENZA

CON EMERGENZA CI SI RIFERISCE A CONDIZIONI PATOLOGICHE AD INSORGENZA IMPROVVISA E DI RAPIDA EVOLUZIONE IN CUI LE CONDIZIONI VITALI (COSCIENZA, CARDIACHE, RESPIRATORIE, ETC.) DEL PAZIENTE SONO CRITICHE DA COMPROMETTERNE LA SOPRAVVIVENZA, PERTANTO NECESSITANO DI INTERVENTI IMMEDIATI, ENTRO POCHI MINUTI

CON URGENZA CI SI RIFERISCE, INVECE, A CONDIZIONI PATOLOGICHE CHE, PUR AVENDO INSORGENZA IMPROVVISA, DETERMINANO UN PERICOLO DI VITA CALCOLATO IN ORE, NON IN MINUTI, PER LE QUALI È COMUNQUE NECESSARIO INTERVENIRE NEL MINOR TEMPO POSSIBILE.

PERCHE' SCEGLIERE...



IL TRIAGE



CODICE ROSSO



**ASSOLUTA
URGENZA**

Molto critico, pericolo di vita, priorità assoluta, accesso immediato alle cure e intervento tempestivo



CODICE GIALLO



PERICOLO

Mediamente critico, presenza di rischio evolutivo, possibile pericolo di vita



CODICE VERDE



**INTERVENTO
DIFFERIBILE**

Poco critico, assenza di rischi evolutivi e di pericolo di vita, prestazioni differibili



CODICE BIANCO



**NON
URGENTE**

Non critico, pazienti non urgenti, possono essere visitati dal medico di medicina generale e tali prestazioni sono soggette a pagamento del ticket



QUANDO BISOGNA CORRERE?



COMPROMISSIONI DELLE FUNZIONI VITALI

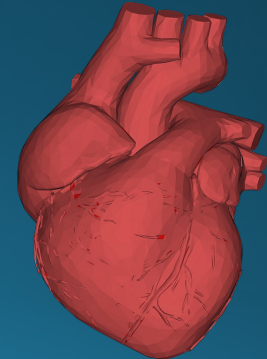


**FUNZIONE
NEUROLOGICA**
• COSCIENZA



**FUNZIONE
RESPIRATORIA**
• RESPIRO

**FUNZIONE
CIRCOLATORIA**
• CIRCOLO



LA CATENA DEL SOCCORSO

- ☐ FASE 1: COMPRENDERE
- ☐ FASE 2: LA CHIAMATA
- ☐ FASE 3: IN ATTESA DEL SOCCORSO
- ☐ FASE 4: L'ARRIVO DEI SOCCORSI



FASE 1: **COMPRENDERE**

OSSERVARE E CAPIRE COSA STA SUCCEDENDO

ES. SE SI TRATTA DI UN MALORE E/O DI UN INCIDENTE

QUESTA OPERAZIONE POTREBBE RICHIEDERE QUALCHE
MINUTO PRENDITI SEMPRE DEL TEMPO!

DOPO AVER INDIVIDUATO TEMPESTIVAMENTE LE LESIONI E LE
PROBABILI CAUSE E SE CI SONO PERICOLI DI VITA IMMINENTE
POSSIAMO ATTIVARE I SOCCORSI.

FASE 2: **LA CHIAMATA**

- L'ATTIVAZIONE DEL SOCCORSO AVVIENE TRAMITE CONTATTO CON IL N°112
- E' IMPORTANTE FORNIRE TUTTE L'INFORMAZIONI PRECISE (ES. LUOGO, N.TEL., NOME, ETC.) CHE RICHIEDE L'OPERATORE DI CENTRALE OPERATIVA
- COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE OGNI EVENTUALE VARIAZIONE DELLE CONDIZIONI DELLA VITTIMA O DELL'EVENTO

FASE 3: **IN ATTESA DEI SOCCORSI**

IN ATTESA DEI SOCCORSI QUALIFICATI, IL SOCCORRITORE SUL LUOGO DELL'EVENTO PUÒ PROCEDERE ALLA FASE DI ASSISTENZA E DI APPLICAZIONE DELLE MANOVRE DI PRIMO SOCCORSO CHE SERVONO A PRESERVARE LA VITA DELL'INFORTUNATO, MIGLIORANDO LE CONDIZIONI GENERALI E/O COMUNQUE AD EVITARNE IL PEGGIORAMENTO.

FASE 3: **IN ATTESA DEI SOCCORSI**

COSA NON FARE:

- MAI MOBILIZZARE L'INFORTUNATO O CHI HA RIPRESO DA POCO CONOSCENZA
- MAI SOMMINISTRARE LIQUIDI O SOLIDI ALL'INFORTUNATO O A CHI HA TURBE DELLA COSCIENZA (TRANNE CHE CON STORIA DOCUMENTATA DI CRISI IPOGLICEMICHE)
- MAI FAR VOMITARE L'INTOSSICATO CON ALTERAZIONE DELLA COSCIENZA
- MAI TOGLIERE IL CASCO DI PROTEZIONE AI MOTOCICLISTI SE UNICO SOCCORRITORE
- MAI TOGLIERE SCARPE O PANTALONI
- MAI METTERE COSE NÈ OGGETTI SOTTO LA TESTA DELLE PERSONE NON COSCIENTI

FASE 4: **L'ARRIVO DEI SOCCORSI**

ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI QUALIFICATI SI DEVONO FORNIRE
TUTTE LE INFORMAZIONI RICHIESTE E UTILI PER DELINEARE
COSA E' SUCCESSO

QUEST'ULTIMA FASE VEDE IL PERSONALE SANITARIO
STABILIZZARE LA VITTIMA E TRASPORTARLA
NELL'OSPEDALE PIU' IDONEO IN BASE ALLA CONDIZIONE
CLINICA.

IN SINTESI...

PAS

PROTEGGERE – AVVERTIRE – SOCCORRERE



PROTEGGI

AUTO PROTEZIONE E PROTEZIONE DELLA VITTIMA A CUI SI PRESTA SOCCORSO E DI EVENTUALI ALTRE PERSONE.

E' NECESSARIO:

- MANTENERE LA CALMA;
- VALUTAZIONE AMBIENTALE DELL'EVENTO E DELLA SUA SICUREZZA;
- SE CI SONO POSSIBILI RISCHI: ADOTTARE MISURE DI SICUREZZA IDONEE PER RIMUOVERLI O EVITARLI



AVVERTIRE

ATTIVA IL NUMERO UNICO PER L'EMERGENZA IL



ATTIVO SU TUTTO IL TERRITORIO REGIONALE



SOCCORRERE

IN CASO DI EMERGENZA:

- AGIRE CON CALMA E DECISIONE;
- ATTIVARE I SOCCORSI (NUE 112);
- INIZIARE IL PRIMO SOCCORSO CON ATTENZIONE ALLA SICUREZZA



ATTIVAZIONE DELLA CHIAMATA



SISTEMA INTEGRATO DI **EMERGENZA**\URGENZA

- NUMERO UNICO DI SOCCORSO SANITARIO N° 112
- RETE TELEFONICA RISERVATA AL SISTEMA DI EMERGENZA SANITARIA
- PUNTI DI 1° INTERVENTO (ES. NCP NUCLEO DI CURE PRIMARIE)
 - PRONTI SOCCORSI, DEA (DIPARTIMENTI EMERGENZA ACCETTAZIONE) I E II LIVELLO



ATTIVAZIONE DELLA CHIAMATA CENTRALE OPERATIVA



Nome

Località

Via-Nr. Civico

Riferimenti-Telefono

Ha visto l'accaduto

Vede l'infortunato



SOCCORRITORE

118



ATTIVAZIONE DELLA CHIAMATA PAZIENTE INTERNISTICO



▶ Cosciente — Respira

▶ Dolore $\left\{ \begin{array}{l} \text{Torace} \\ \text{Addome} \\ \text{Altro} \end{array} \right.$

▶ Da quanto tempo

▶ Età del paziente



SOCCORRITORE

118



ATTIVAZIONE DELLA CHIAMATA PAZIENTE TRAUMATIZZATO



▶ Nr. Pazienti - Mezzi coinvolti

▶ Cosciente — Respira

- ▶
- Incastrati
 - Caduta da mt
 - Ferita penetrante
 - Pz. sbalzato
 - Sostanza infiammabile



SOCCORRITORE

118





IN BASE ALLA GRAVITA'...



VIENE INVIATO IL MEZZO DI SOCCORSO PIU' IDONEO



MEZZO DI
SOCCORSO
BASE
CON
INFERMIERE

MEZZO DI
SOCCORSO
AVANZATO
CON MEDICO E
INFERMIERE



ELISOCCORSO
AVANZATO
CON MEDICO E
INFERMIERE



VALUTAZIONE DEL SOGGETTO COINVOLTO



PER VALUTARE L'INFORTUNATO SI PARTE SEMPRE CON:

L'INIZIALE IMPRESSIONE

- IL SOGGETTO E' COSCIENTE? (ES. PIANGE, CHIEDE AIUTO, ETC.)
- NON E' COSCIENTE? (ES. E' RIVERSO A TERRA FERMO).

SU QUESTA AZIONE SI BASERANNO LE VALUTAZIONI E GLI INTERVENTI SUCCESSIVI DA COMPIERE.

VALUTAZIONE DEL SOGGETTO COINVOLTO

INFORTUNATO COSCIENTE

SI PROCEDE CON LA VALUTAZIONE PRIMARIA **A B C D E**

A: VIE AEREE (RISULTANO LIBERE E/O OSTRUITE?)

SE RISULTANO OSTRUITE DA CORPO ESTRANEO ESEGUIRE LE MANOVRE DI DISOSTRUZIONE, SE LA VITTIMA PERDE COSCIENZA INIZIARE LA RCP

B: RESPIRAZIONE (LA VITTIMA RESPIRA NORMALMENTE?)

SE LA VITTIMA RESPIRA MALE O NON RESPIRA ALLERTARE I SOCCORSI 118, SE NON RESPIRA ESEGUIRE LA VALUTAZIONE BLS (DESCRITTA NEI PROSSIMI PARAGRAFI)

VALUTAZIONE DEL SOGGETTO COINVOLTO

C: CIRCOLAZIONE (LA VITTIMA PRESENTA EMORRAGIA?)

SE PRESENTE EMORRAGIA, BISOGNA INTERVENIRE SUBITO (VEDI PARAGRAFO GESTIONE EMORRAGIA), QUESTA CONDIZIONE CLINICA SE NON TRATTATA PUO' EVOLVERE IN SHOCK, ATTIVARE I SOCCORSI 118.

D: VALUTAZIONE NEUROLOGICA (LA VITTIMA E' CONFUSA? NON RISPONDE?RISPONDE SOLO AL DOLORE?)

A (ALLERT) **V** (VERBAL) **P** (PAIN) **U** (UNRESPONSIVE)

TI PERMETTE DI VERIFICARE LA RESPONSABILITA' DEGLI STIMOLI DELL'INFORTUNATO: SE E' SVEGLIO (**A**), SE RISPONDE (**V**), SE RISPONDE SOLO AGLI STIMOLI DEL DOLORE (**P**) O NON RISPONDE (**U**)

VALUTAZIONE DEL SOGGETTO COINVOLTO

E: ESPOSIZIONE (LA VITTIMA PRESENTA FERITE? RICERCA DI FOCI EMORRAGICHE? PRESENTA FRATTURE?)

- L'INFORTUNATO NON VA MAI DENUDATO, MA SI SCOPRE LA ZONA DELLA PRESUNTA LESIONE;
- PROTEGGERE DALL'IPOTERMIA (SCESA DI TEMPERATURA) CON UNA COPERTA;
- SE LA VITTIMA E' POSTA IN UNA ZONA PARTICOLARMENTE CALDA, PORTARLA LONTANO DALLA FONTE DI CALORE (SE POSSIBILE);
- NEL CASO DI LESIONI TRAUMATICHE COME FRATTURE E/O EMORRAGIE ALLERTARE I SOCCORSI 118, NON MOBILIZZARE LA VITTIMA

VALUTAZIONE DEL SOGGETTO COINVOLTO

INFORTUNATO COSCIENTE – REPERIMENTO INFORMAZIONI

DOPO LA VALUTAZIONE PRIMARIA SI PROCEDE ALLA VALUTAZIONE SECONDARIA (ATTRAVERSO UN'ANALISI ACCURATA DEL SOGGETTO PER CERCARE LESIONI O PATOLOGIE)

S- EGNI E SINTOMI DEL MALESSERE (CHE COSA SI SENTE? DOVE HAI DOLORE?)

A- LLERGIE (E' ALLERGICO A FARMACI?)

M- EDICINE (PRENDE MEDICINE?)

P- ASSATA STORIA MEDICA/PRESENZA DI GRAVIDANZA (SOFFRE DI QUALCHE MALATTIE?PRESENTA GRAVIDANZE IN ATTO?)

L- ULTIMO PASTO (HA MANGIATO?)

E-VENTO - DINAMICA (COME E' SUCCESSO?)

VALUTAZIONE DEL SOGGETTO COINVOLTO

INFORTUNATO COSCIENTE - VALUTAZIONE SECONDARIA

ESAME TESTA PIEDI

TESTA: RICERCARE FACENDO SCORRERE LE MANI SUL CUOIO CAPELLUTO LA PRESENZA DI FERITE, DEFORMAZIONI, GONFIORI, DEPRESSIONI INDICATIVI DI FRATTURA (NON MUOVERE IL SOGGETTO SE SOSPETTATE UN DINAMICA TRAUMATICA O UNA LESIONE CERVICALE)

ORECCHIE: RICERCARE LA PRESENZA DA ENTRAMBI LE ORECCHIE DELLA FUORIUSCITA DI LIQUIDO TRASPARENTE O DI SANGUE (SEGNO GRAVE DI LESIONE CRANICA) E VERIFICARE LA PRESENZA DI UDITO SUSSURRANDO PAROLE CHIARE PER VERIFICARE SE IL SOGGETTO REAGISCE E SENTE.

VALUTAZIONE DEL SOGGETTO COINVOLTO

INFORTUNATO COSCIENTE - VALUTAZIONE SECONDARIA

ESAME TESTA PIEDI

OCCHI: SE SONO APERTI GLI OCCHI CONTROLLATE LE DIMENSIONI DELLE PUPILLE (LA VARIAZIONE DELLE PUPILLE DA UN OCCHIO ALL'ALTRO POTREBBERO ESSERE INDICATIVI DI TRAUMA CRANICO). RICERCARE CORPI ESTRANEI O RACCOLTE DI SANGUE O ECCHIMOSI NELLA SCLERA DELL'OCCHIO.

NASO: COME NELL'ESAME DELL'ORECCHIE RICERCARE LA PRESENZA DI FUORIUSCITA DA CIASCUNA NARICE DI LIQUIDO TRASPARENTE O SANGUE (SEGNI DI UNA POSSIBILE LESIONE).

Occhio alle pupille



VALUTAZIONE DEL SOGGETTO COINVOLTO

INFORTUNATO COSCIENTE - VALUTAZIONE SECONDARIA

ESAME TESTA PIEDI

BOCCA: VERIFICARE LA PRESENZA DI CORPI ESTRANEI CHE POSSONO OSTRUIRE LE VIE AEREE (ES. PROTESI DENTARIE) O PRESENZA DI FERITE.

COLLO: RICERCARE PASSANDO DELICATAMENTE LE MANI SUL COLLO LA PRESENZA DI DEFORMITA', FERITE O RIGONGIAMENTI.

TORACE: FAR SCORRERE ENTRAMBI LE MANI LUNGO LA PARTE ANTERIORE E LATERALE DEL TORACE VERIFICANDO LA PRESENZA DI EVENTUALI LESIONI, OSSERVARE AD OGNI RESPIRO LA REGOLARITA' DELLA RIESPANSIONE TORACICA (ANOMALIE COME ASIMMETRIE POSSONO INDICARE UNA LESIONE TORACICA).

VALUTAZIONE DEL SOGGETTO COINVOLTO

INFORTUNATO COSCIENTE - VALUTAZIONE SECONDARIA

ESAME TESTA PIEDI

ADDOME: PALPARE DELICATAMENTE LA PARETE DELL'ADDOME ALLA RICERCA DI ZONE DOLENTI O DURE CHE POTREBBERO INDICARE UN EMORRAGIA INTERNA.

BACINO: TOCCARE LE ANCHE E IL BACINO ALLA RICERCA DI DOLORABILITA', DEFORMAZIONI E GONFIORE SEGNI DI EVENTUALI LESIONI OSSEE. OSSERVARE GLI ABITI ALLA RICERCA DI TRACCE D'INCONTINENZA (SEGNI DI LESIONE SPINALE O VESCICALE) O PERDITE EMATICHE DAGLI ORIFIZI (SEGNO DI LESIONE PELVICA).

ARTI SUPERIORI E INFERIORI: VERIFICARE L'EVENTUALE MOTILITA' DEGLI ARTI, SENSIBILITA' E DOLORABILITA'. INOLTRE RICERCARE LA PRESENZA DI SANGUINAMENTI, DEFORMITA' O GONFIORE.

VALUTAZIONE DEL SOGGETTO COINVOLTO

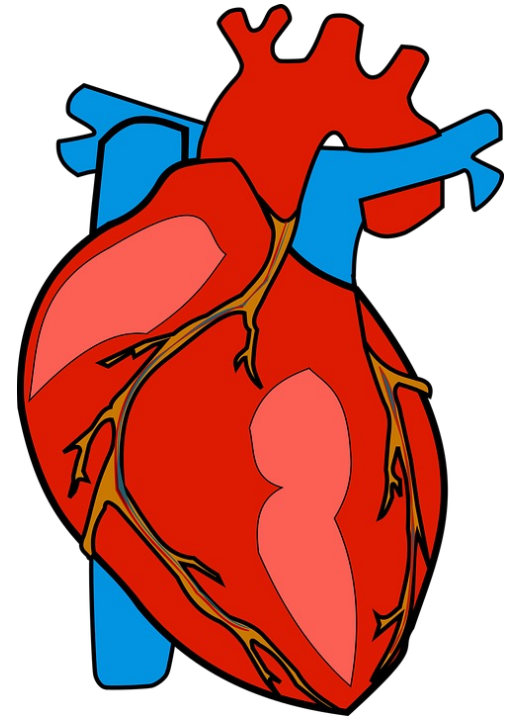
INFORTUNATO NON COSCIENTE

LA VALUTAZIONE PRIMARIA E SECONDARIA VANNO PRECEDUTE DALLA SEGUENZA DEL BLS

- VALUTAZIONE COSCIENZA (NON COSCIENTE)
- ATTIVARE I SOCCORSI N.UE 112 E PROCURARSI UN DAE
- VALUTAZIONE POLSO CAROTIDEO E RESPIRO (MOVIMENTO DEL TORACE) PER 5-10 SECONDI
- ASSENZA DI POLSO E RESPIRO PROCEDERE CON LA RCP (COMPRESSIONI TORACICHE E VENTILAZIONI) 30:2
- ASSENZA DI RESPIRO MA PRESENZA DI POLSO PROCEDERE ALLE VENTILAZIONI DI SOCCORSO 1 OGNI 6 SECONDI NELL'ADULTO, 1 OGNI 3-5 SECONDI NEL LATTANTE CON RIVALUTAZIONE OGNI 2 MINUTI.



MALATTIE CARDIOVASCOLARI



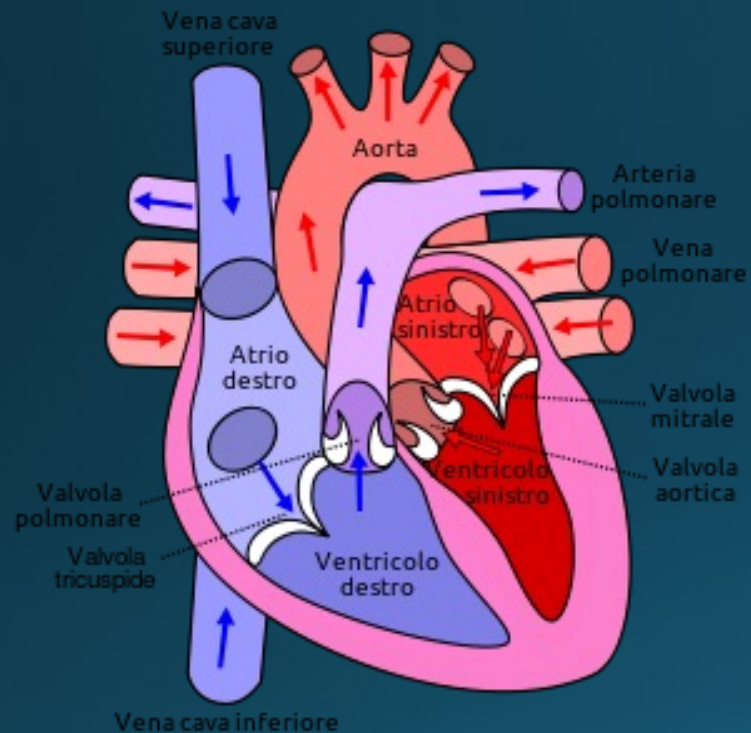
CENNI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA

APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO

- ❑ L' APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO E' COSTITUITO DAL CUORE E DAI VASI SANGUIGNI.
- ❑ QUESTE STRUTTURE ASSICURANO UN AFFLUSSO COSTANTE DI SANGUE CHE TRASPORTA L'OSSIGENO E GLI ELEMENTI NUTRITIVI AI TESSUTI ED ELIMANO LE SCORIE.
- ❑ LE CONTRAZIONI RITMICHE (BATTITI) PERMETTONO AL MUSCOLO CARDIACO DI DIFFONDERE IL SANGUE NEL CORPO TRAMITE UNA RETE COSTITUITA DA VASI SANGUIGNI: ARTERIE, VENE E CAPILLARI.
- ❑ LA FORZA ESPRESSA DAL FLUSSO SANGUIGNO PRESENTE NELLE ARTERIE PRINCIPALI SI DEFINISCE PRESSIONE SANGUIGNA E VARIA IN FUNZIONE:
 - DELLA FORZA E DELLA FASE DEL BATTITO CARDIACO,
 - DALL'ELASTICITA' DELLE PARETI DELLE ARTERIE,
 - DAL VOLUME E DALLA CONSISTENZA DEL SANGUE.

CENNI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA

COME FUNZIONA IL CUORE



IL CUORE È UN ORGANO CAVO PRETTAMENTE MUSCOLARE INVOLONTARIO, REGOLATO DAL SISTEMA NERVOSO AUTONOMO, CON FUNZIONE DI POMPA DEL SISTEMA CIRCOLATORIO.

È POSTO AL CENTRO DEL TORACE ED È RIVESTITO DA UN SACCO DETTO PERICARDIO.

IL CUORE È DIVISO FONDAMENTALMENTE IN QUATTRO CAVITÀ, I **DUE ATRI**, DEPUTATI A RICEVERE IL SANGUE DAL CIRCOLO VENOSO E I **DUE VENTRICOLI**, CHE HANNO LA FUNZIONE DI POMPARE IL SANGUE NELLE ARTERIE.

LE FASI DEL CUORE VENGONO DEFINITE SISTOLE (CONTRAZIONE) E DIASTOLE (DILATAZIONE) DEGLI ATRI E DEI VENTRICOLI

CENNI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA

CIRCOLAZIONE DEL SANGUE ALL'INTERNO DEL CUORE

IL VENTRICOLO DESTRO RIEMPIE NELL'ARTERIA POLMONARE IL SANGUE NON OSSIGENATO RICEVUTO ATTRAVERSO LA VALVOLA TRICUSPIDALE DALL'ATRIO DESTRO,

IL VENTRICOLO SINISTRO RIEMPIE IN ARTERIA AORTA IL SANGUE OSSIGENATO DAL CIRCOLO POLMONARE RICEVUTO DALL'ATRIO SINISTRO ATTRAVERSO LA VALVOLA MITRALE.

I DUE VENTRICOLI SONO SEPARATI DAL SETTO INTERVENTRICOLARE.

L'ATRIO DESTRO RICEVE SANGUE NON OSSIGENATO DALLA CIRCOLAZIONE GENERALE ATTRAVERSO LA VENA CAVA SUPERIORE, LA VENA CAVA INFERIORE E L'OSTIO CORONARICO;

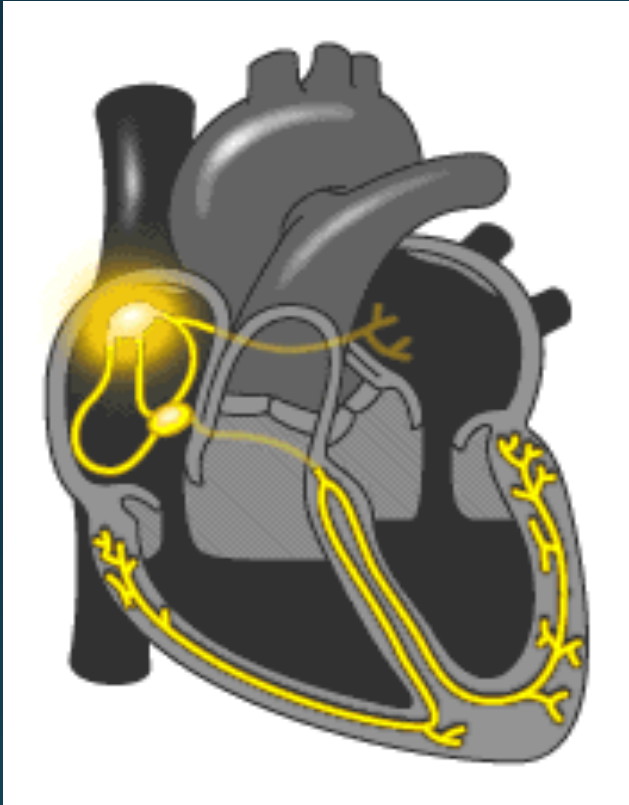
L'ATRIO SINISTRO RICEVE SANGUE OSSIGENATO ATTRAVERSO LE VENE POLMONARI.

QUINDI NELLE SEZIONI DESTRE DEL CUORE CIRCOLA SANGUE VENOSO POVERO IN OSSIGENO; VICEVERSA NELLE SEZIONI DI SINISTRA IL SANGUE È ARTERIOSO, OSSIGENATO.

CENNI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA

COME FUNZIONA IL CUORE

ELETTROFISIOLOGIA CARDIACA



IL SISTEMA ELETTRICO DI CONDUZIONE È FORMATO DA CELLULE SPECIALIZZATE, CON FUNZIONE DI PACEMAKER E DI PROPAGAZIONE DELLO STIMOLO ELETTRICO. IL CUORE È COSTITUITO DA 3 TIPI DI CELLULE:

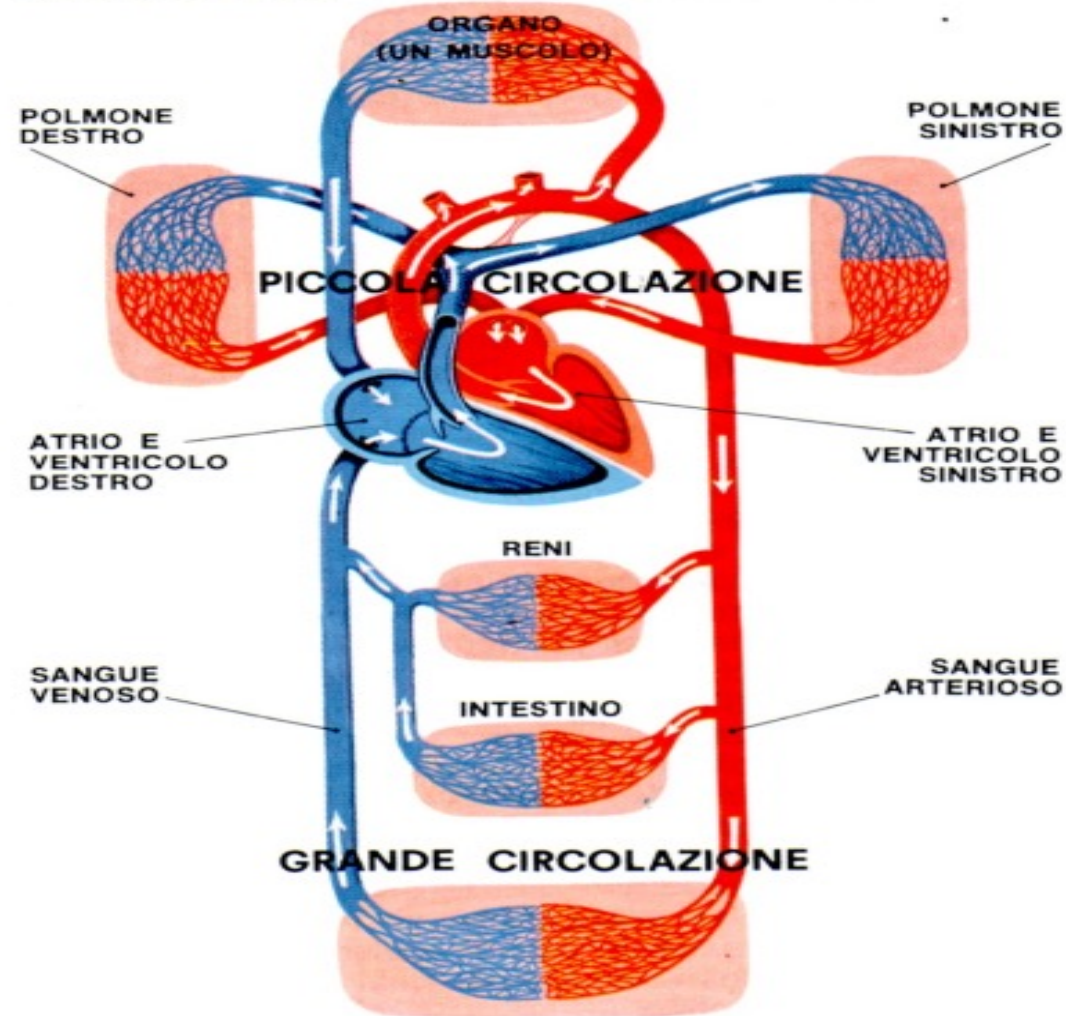
- **CELLULE PACEMAKER** (FONTE DI ALIMENTAZIONE ELETTRICA DEL CUORE NODO DEL SA E AV)
- **CELLULE DI CONDUZIONE** (IMPIANTO ELETTRICO DEL CUORE)
- **MIOCARDIOCITI** (L'APPARATO CONTRATTILE DEL CUORE)

OGNI CICLO DI CONTRAZIONE E RILASSAMENTO DEL CUORE, È DATO DALL'IMPULSO ELETTRICO CHE ORIGINA A LIVELLO DEL NODO SENO ATRIALE, IL PACEMAKER CARDIACO PRINCIPALE, SITO NELL'ATRIO DESTRO.

CENNI DI ANATOMIA E FISILOGIA

APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO – CIRCOLO POLMONARE

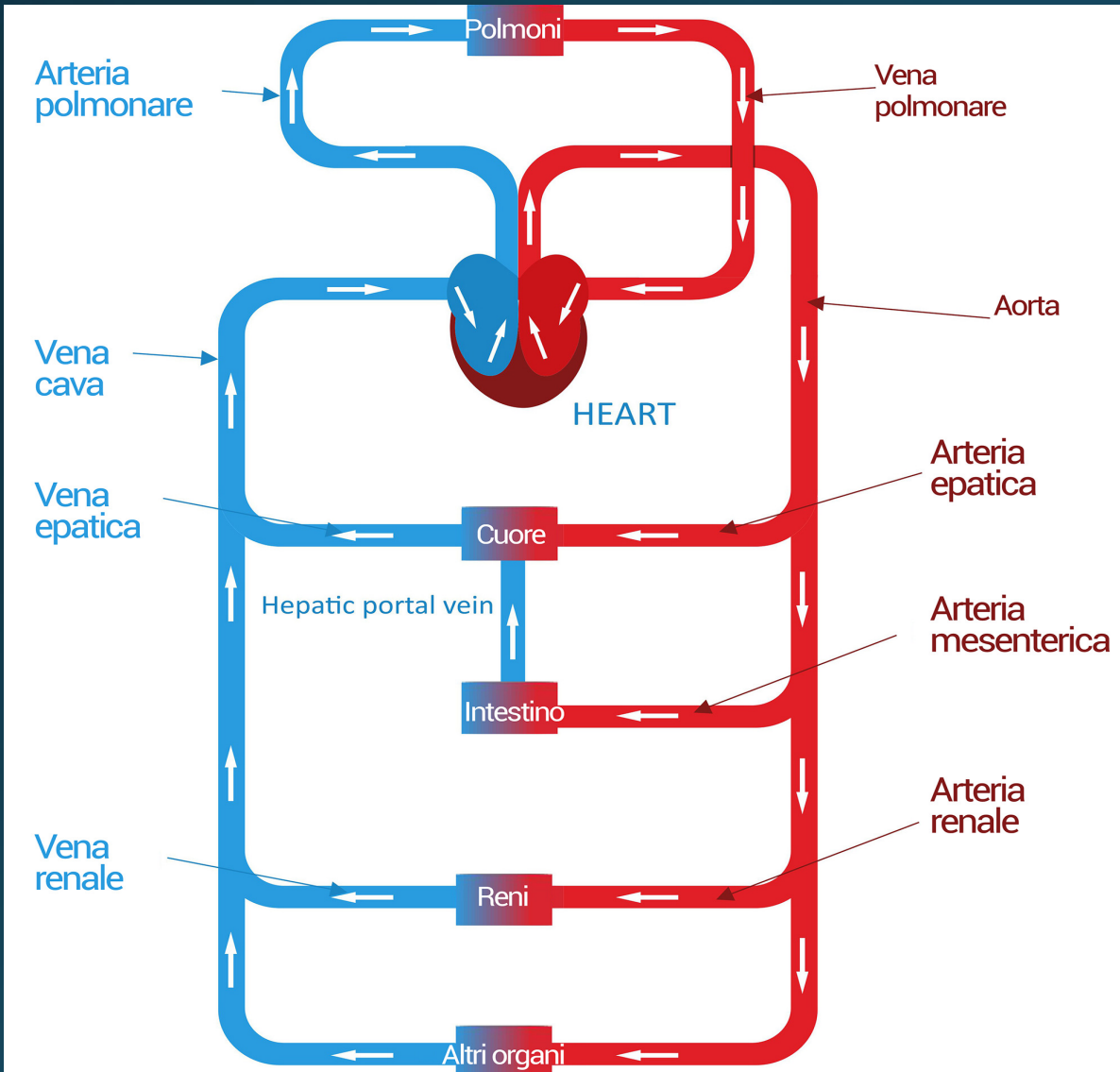
SCHEMA DELLA CIRCOLAZIONE SANGUIGNA PICCOLO E GRANDE CIRCOLO



L'INSIEME DEI VASI SANGUIGNI PUO' ESSERE SUDDIVISO IN CIRCOLO POLMONARE (CUORE-POLMONI-CUORE) ANCHE DETTA PICCOLA CIRCOLAZIONE (CHE TRASPORTA IL SANGUE AI E DAI POLMONI) L'ARTERIA POLMONARE PORTA SANGUE VENOSO E LE VENE POLMONARI RIPORTANO ALL'ATRIO SINISTRO SANGUE ARTERIOSO.

CENNI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA

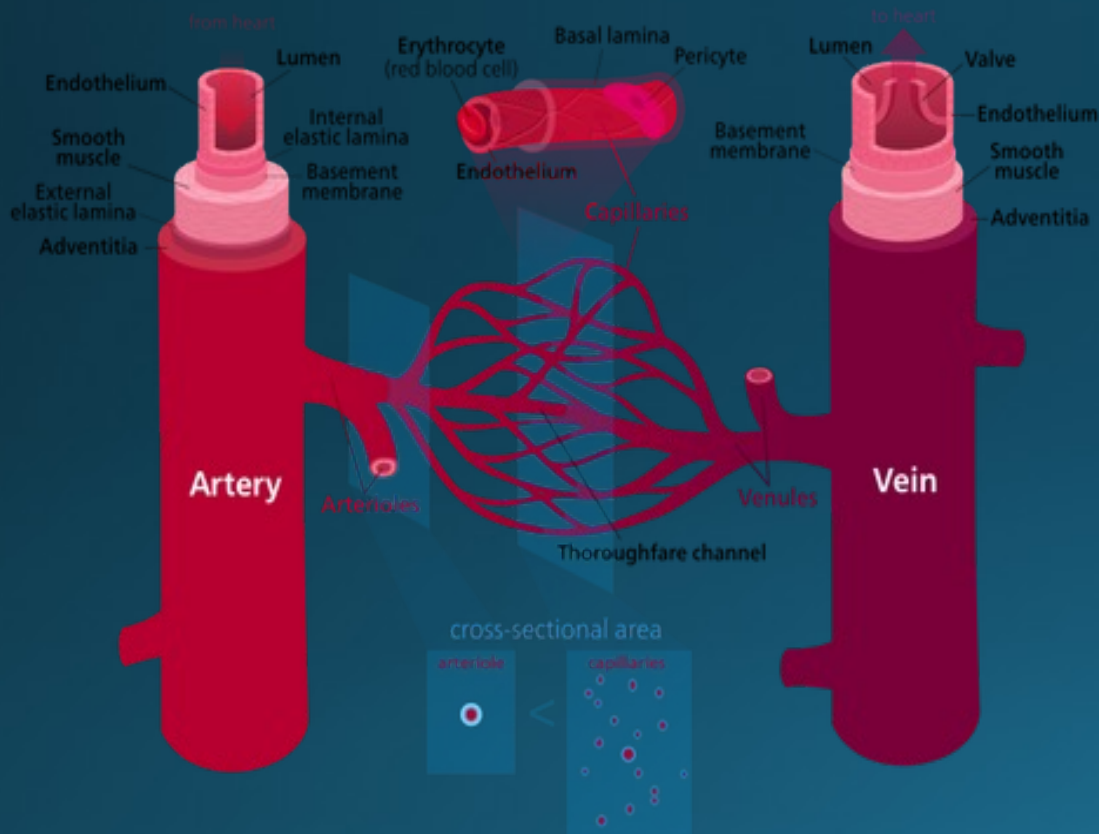
APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO – CIRCOLO SISTEMICO



CIRCOLO SISTEMICO (CUORE-TESSUTI-CUORE) ANCHE DETTA GRANDE CIRCOLAZIONE (CHE TRASPORTA IL SANGUE A E DA TUTTO IL RESTO DEL CORPO) LE ARTERIE QUI PORTANO SANGUE ARTERIOSO E LE VENE SANGUE VENOSO

CENNI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA

APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO: VASI SANGUIGNI

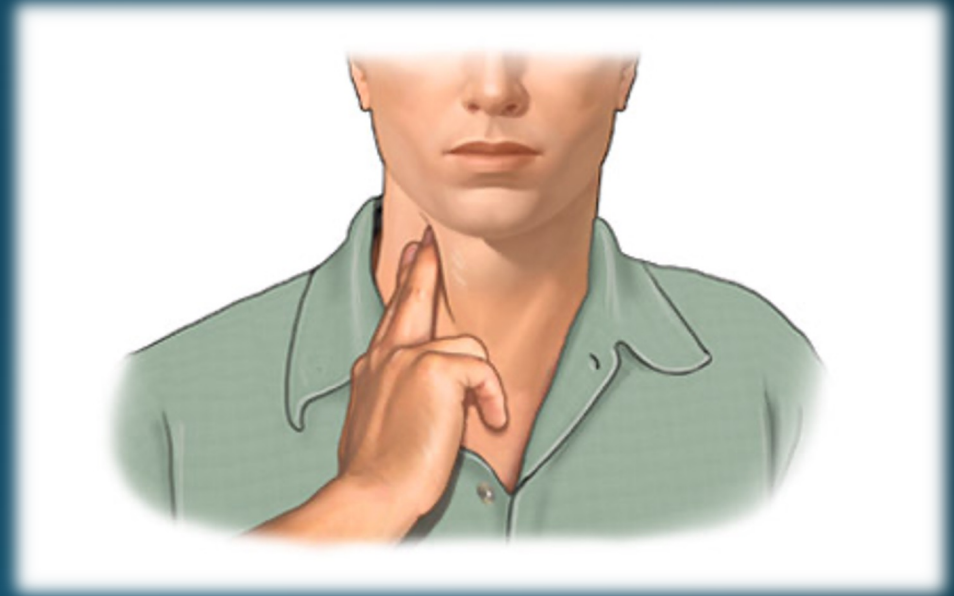
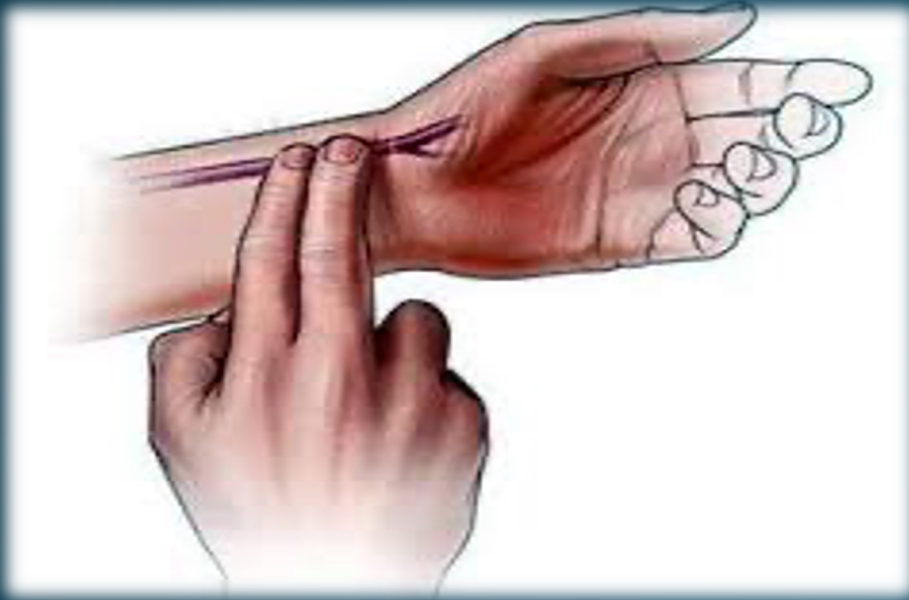


IL SANGUE E' PORTATO LONTANO DAL CUORE ATTRAVERSO LE **ARTERIE** E RITORNA AL CUORE ATTRAVERSO LE **VENE**.

FRA LE PIU' PICCOLE ARTERIE E VENE SONO INTERPOSTI MINUSCOLI VASI A PARETE SOTTILE I **CAPILLARI** (DETTI VASI DI SCAMBIO PERCHE' LA LORO PARETE SOTTILE PERMETTE IL PASSAGGIO DI NUTRIENTI, GAS E PRODOTTI DI RIFIUTO DAL SANGUE AI TESSUTI CIRCOSTANTI E VICEVERSA)

CENNI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA

APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO: RILEVAZIONE DEL POLSO



LA FREQUENZA CARDIACA (N° DI BATTITI CARDIACI/MINUTO) PUÒ ESSERE VALUTATA PERCEPENDO L'ONDA DI PRESSIONE CHE PASSA NELLE ARTERIE E CHE INDICA L'AZIONE DI POMPA DEL CUORE. LA PERCEZIONE DI QUEST'ONDA (POLSO ARTERIOSO) CONSISTE NELLA PALPAZIONE DI UN VASO ARTERIOSO SUPERFICIALE DOVE PUÒ ESSERE COMPRESSO: POLSO RADIALE, FEMORALE, CAROTIDEO

CENNI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA

APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO: PARAMETRI F.C.

LA FREQUENZA CARDIACA

NELL'ADULTO E' TRA I 60 E 100 bpm

NEL NEONATO E' TRA I 120 E 160 bpm

NEI LATTANTI E' TRA I 90 E I 140 bpm

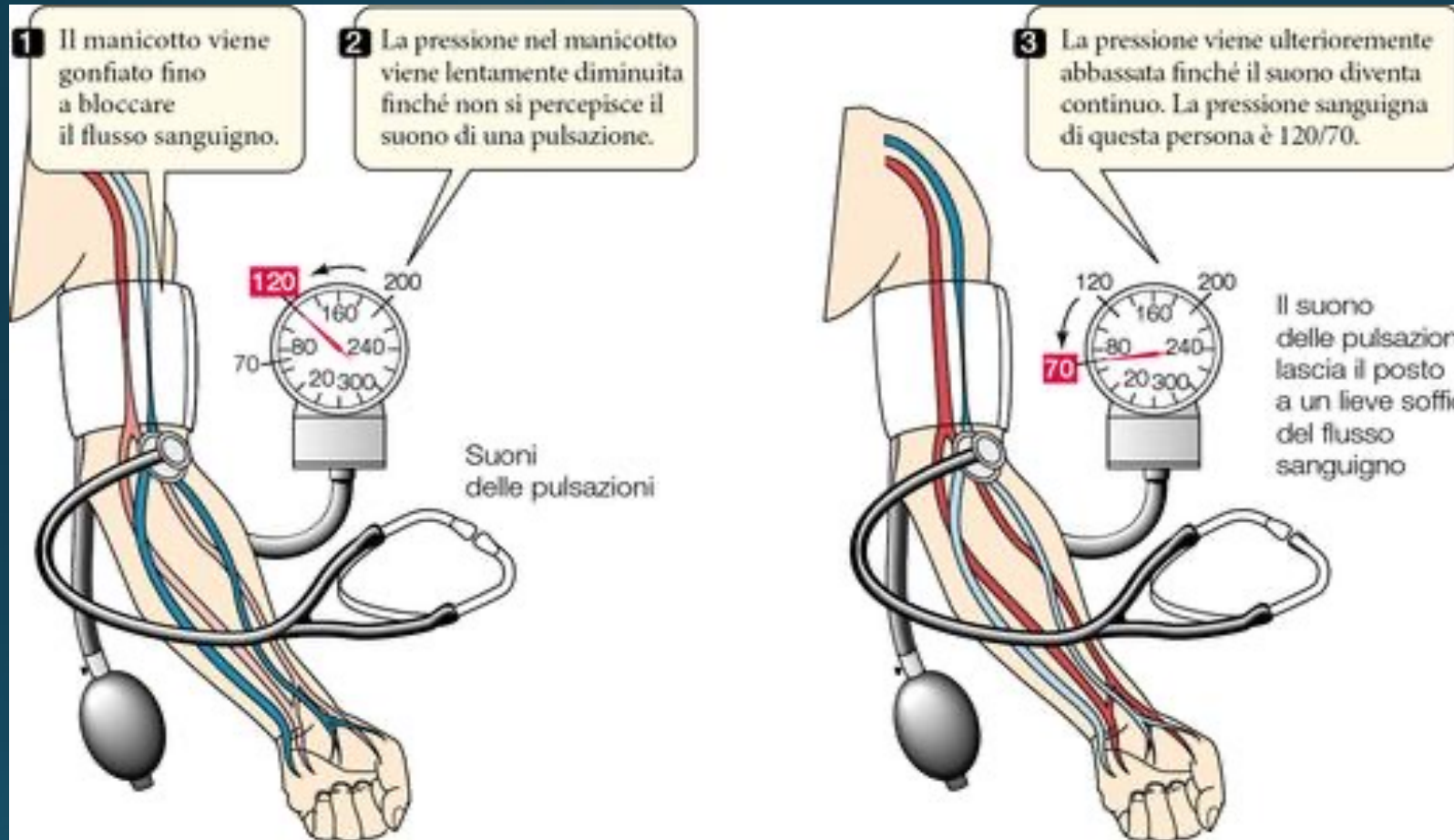
NEI BAMBINI (ETA' 1 A 5 ANNI) E' TRA I 80 E 120 bpm

NEI BAMBINI (ETA' 6 A 10 ANNI) E' TRA I 70 E 110 bpm

N.B. : PER CALCOLARE NEL BAMBINO LA F.C.= $150 - (5 \times \text{ETA' IN ANNI})$

CENNI DI ANATOMIA E FISILOGIA

APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO: PRESSIONE ARTERIOSA



MISURAZIONE DELLA PRESSIONE ARTERIOSA: SFIGMOMANOMETRO E FONENDO

CENNI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA

APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO: PRESSIONE ARTERIOSA

VALORI PRESSIONE ARTERIOSA

NELL'ADULTO:

MAX (sistolica) TRA | 100 E | 140, MIN (diastolica) TRA | 70 E | 80 mmHg

NEL BAMBINO TRA 1 E | 10 ANNI

- 92/72 mmHg A 1 ANNO
- 96/76 mmHg A 3 ANNI
- 100/80 mmHg A 5 ANNI
- 104/84 mmHg A 7 ANNI
- 110/90 mmHg A 10 ANNI
- > 10 ANNI 120/80 mmHG

CALCOLO PAS = $90 + (ETA' \times 2)$; PAD = $\frac{2}{3}$ PAS
ES. $90 + (1 \times 2) = 92$; $92/3 \times 2 = 61$

CENNI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA

APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO: IL SANGUE

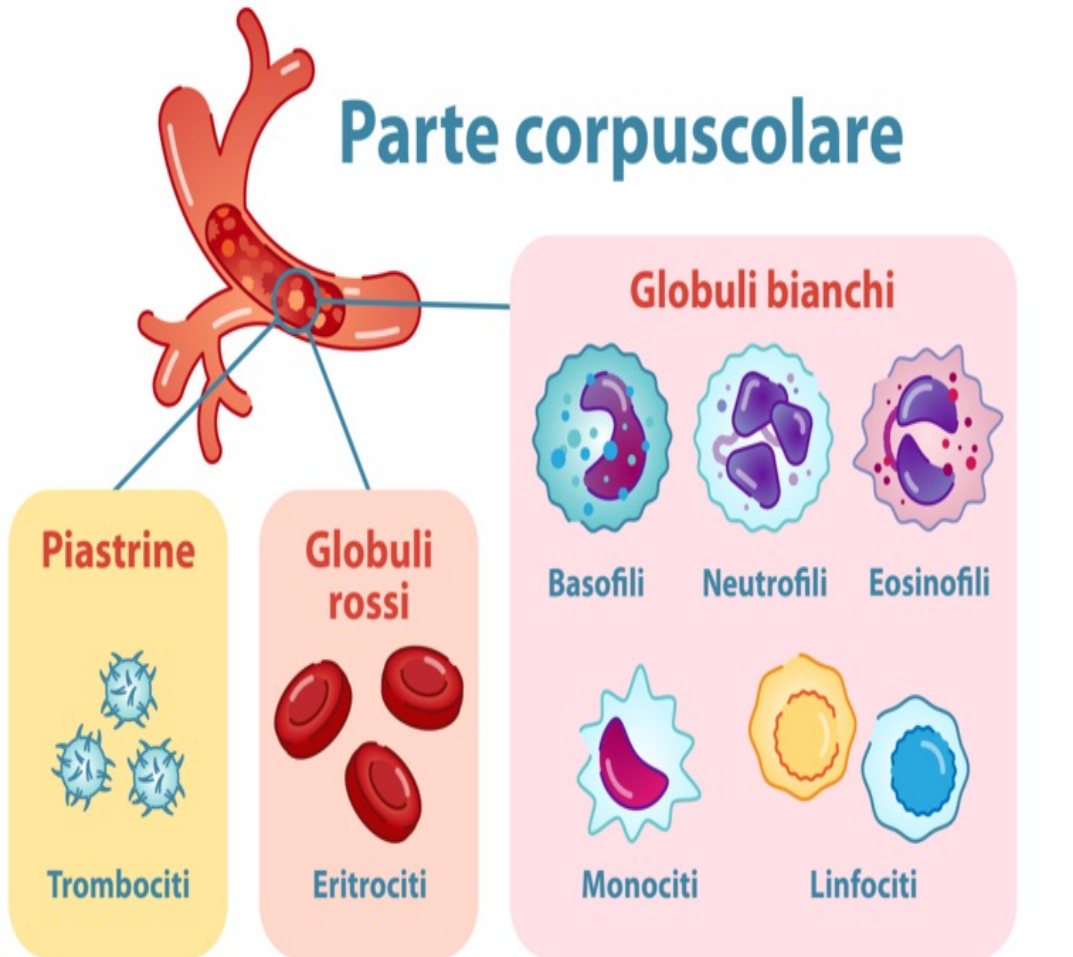


LE FUNZIONI DEL SANGUE SONO LE SEGUENTI:

- TRASPORTO DI GAS, NUTRIENTI, ORMONI E RIFIUTI METABOLICI IN SOLUZIONE, OLTRE CHE IL TRASPORTO DI O₂ DAI POLMONI AI TESSUTI PERIFERICI E BISSIDO DI CARBONIO DA QUEST'ULTIMI AI POLMONI;
- RIDUZIONE DELLE PERDITE DI LIQUIDO IN CASO DI FERITE (COAGULAZIONE)
- DIFESA CONTRO TOSSINE E PATOGENI
- REGOLAZIONE DEL pH E DELLA COMPOSIZIONE IONICA DEI LIQUIDI INTERSTIZIALI
- STABILIZZAZIONE DELLA TEMPERATURA CORPOREA

CENNI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA

APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO: IL SANGUE



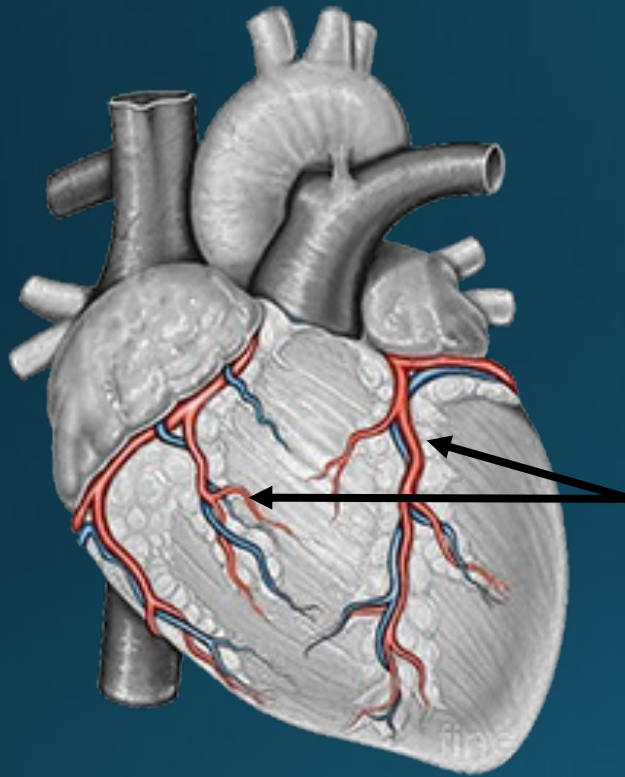
GLOBULI ROSSI: CELLULE SPECIALIZZATE PER IL TRASPORTO DI O₂ (CONTENGONO HB)

GLOBULI BIANCHI: SONO CELLULE CHE PARTECIPANO AI MECCANISMI DI DIFESA DEL CORPO

PIASTRINE: FRAMMENTI CELLULARI CHE CONTENGONO ENZIMI ED ALTRE SOSTANZE IMPORTANTI PER IL PROCESSO DI COAGULAZIONE

PLASMA: COSTITUITO DAL 46 AL 63% DEL VOLUME EMATICO, E' FORMATO PER IL CIRCA 92% DA ACQUA

MALATTIE CARDIOVASCOLARI



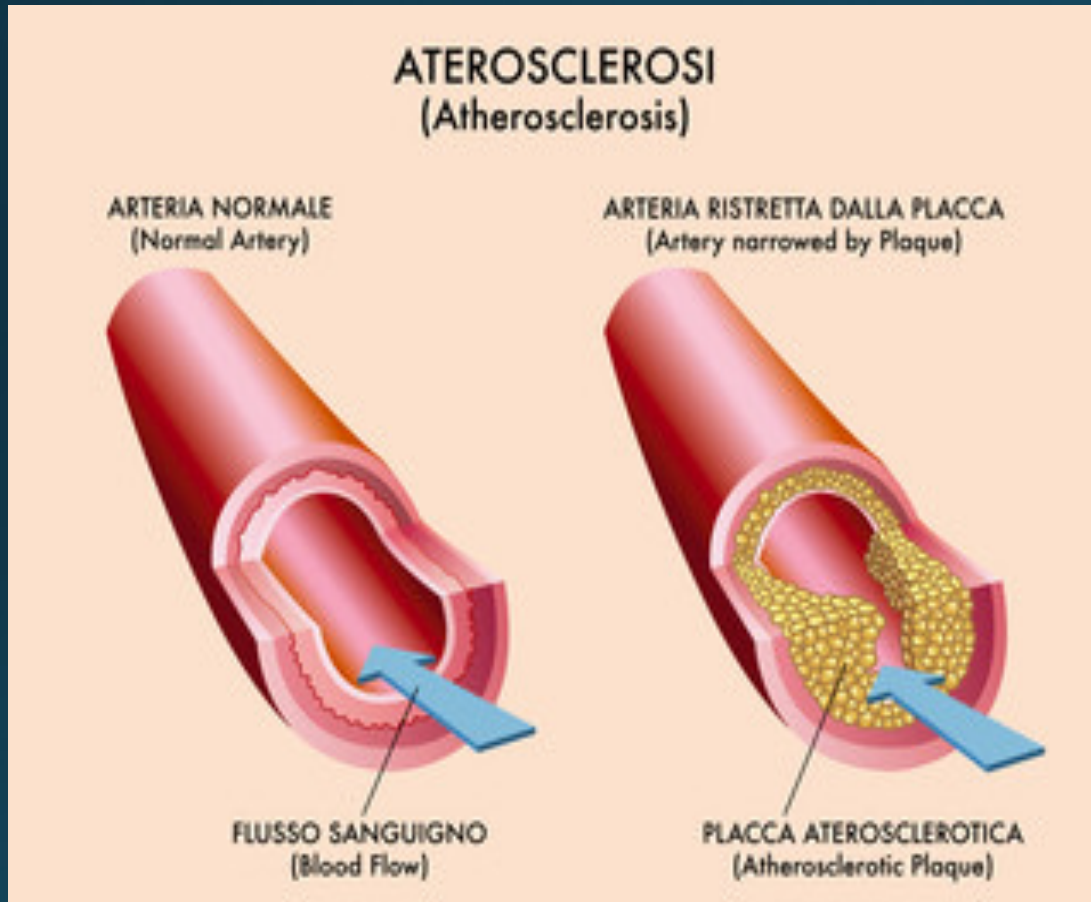
CORONARIE
BRANCA SX/DX

LE PARETI DEL CUORE
SONO IRRORATE DALLE
ARTERIE CORONARIE CHE
NASCONO DAL PRIMO
TRATTO DELL'AORTA,
APPENA FUORI DAL
VENTRICOLO SINISTRO.

MALATTIE CARDIOVASCOLARI

UNA DELLE PRINCIPALI CAUSE DI DANNO CARDIACO E' L'ATEROSCLEROSI, DOVUTA AL PROGRESSIVO DEPOSITO DI GRASSI IN ECCESSO NEL SANGUE.

QUESTO PORTA AL DETERIORAMENTO DELLA PARETE DELLE ARTERIE CON CONSEGUENTE ISPESSIMENTO DELLE PARETI E PERDITA DI ELASTICITA' DELL'ARTERIA, CON OSTACOLO DEL FLUSSO SANGUIGNO E RIDUZIONE DI O₂ DEI TESSUTI



MALATTIE CARDIOVASCOLARI

ANGINA
PECTORIS



ARRESTO
CARDIACO

INFARTO
MIOCARDICO
ACUTO

MALATTIE CARDIOVASCOLARI

ANGINA

DOLORE TORACICO DI NATURA CORONARICA ASSOCIATA NEI PAZIENTI CON M. CORONARICHE AD OSTRUZIONE O ROTTURA DI UNA PLACCA CORONARICA CHE PROVOCA UNA DIMINUIZIONE DELL'APPORTO DI SANGUE AL CUORE (ISCHEMIA).

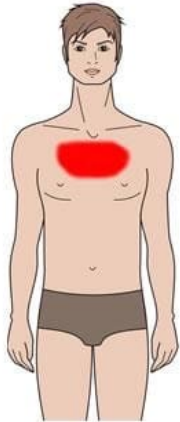


PUO' ESSERE **STABILE** (ESORDIO DOLORE PREVEDIBILE, SI MANIFESTA DURANTE UNO SFORZO FISICO O FORTE EMOZIONE)

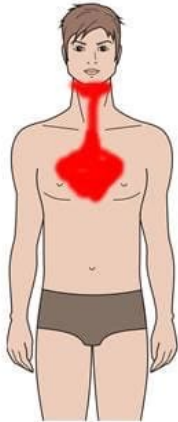
INSTABILE (DOLORE A RIPOSO O SOTTO MINIMO SFORZO)

MALATTIE CARDIOVASCOLARI

ANGINA: SINTOMI



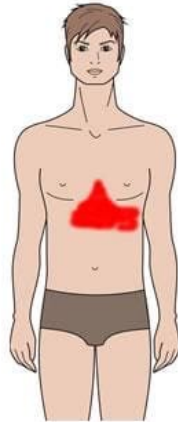
Zona superiore del torace



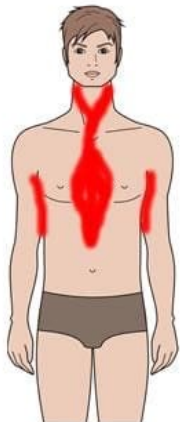
Collo, mascella, petto e zona retrosternale



Spalla sinistra, petto e zona retrosternale



Appena sotto allo sterno, fino quasi sotto il braccio sinistro



Zona epigastrica con interessamento di braccia, collo e mascella



Collo e mascella



Spalla sinistra e zone interne delle braccia



Zona intrascapolare

DOLORE INTENSO E OPPRESSIVO CHE SI IRRADIA:

- PETTO
- AL BRACCIO SINISTRO
- MANDIBOLA
- COLLO, SPALLE, SCHIENA
- EPIGASTRIO

IN ASSOCIAZIONE AD ALTRE MANIFESTAZIONI (SUDORAZIONE, PALLORE, DISPNEA)

COSA FARE?

SE IL PAZIENTE E' COSCIENTE:

- SICUREZZA E PROTEZIONE DELLA VITTIMA
- TRANQUILLIZZARE L'INFORTUNATO
- ALLERTARE IL NUE 112
- MOBILIZZARE IL PAZIENTE, SE E' POSSIBILE, IN POSIZIONE SEMISEDUTA (PER FAVORIRE LA RESPIRAZIONE IN CASO DI DISPNEA)
- IMPEDIRE SFORZI O MOVIMENTI
- ACQUISIRE INFORMAZIONI SULLA CONDIZIONE CLINICA DELLA VITTIMA ES. SE ASSUME FARMACI PER IL CUORE E/O SE HA GIA' AVUTO EPISODI IN PASSATO) MENTRE ATTENDI I SOCCORSI (AGEVOLA IL PERSONALE SANITARIO QUALIFICATO A MANDARE IL MEZZO PIU' IDONEO)



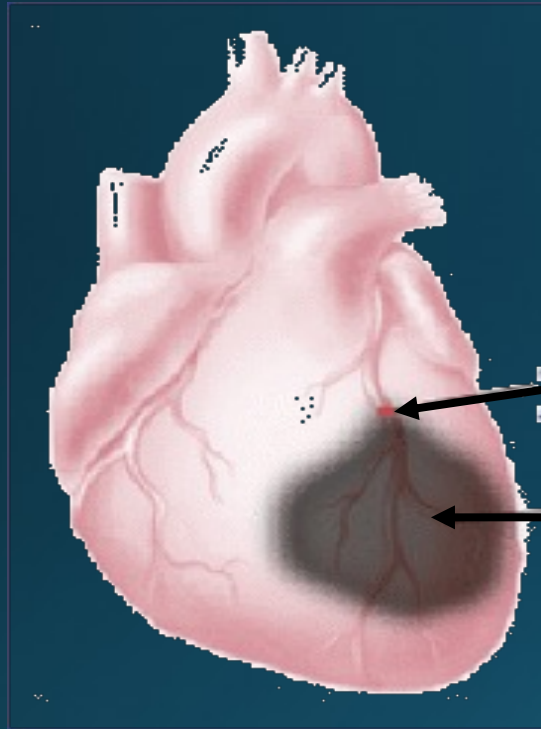
BASTANO SEMPLICI...DOMANDE?

- ❑ **ORIGINE DEL SINTOMO?** (SE A RIPOSO E/O DURANTE LO SFORZO)
- ❑ **PROVOCATO?** (SE PROVOCATO O ATTENUATO DA SFORZO, RIPOSO, RESPIRO, DIGITOPRESSIONE, ETC.)
- ❑ **QUALITA' DEL SINTOMO?** (SE CONTINUO E/O INTERMITTENTE, OPPRESSIVO, COSTRITTIVO, TRAFITTIVO)
- ❑ **IRRADIAZIONE DEL DOLORE?** (TORACE, SPALLA, MANDIBOLA, ETC.)
- ❑ **INTENSITA' DEL DOLORE?** (ES. DARE UN VALORE NUMERICO AL DOLORE DA 1 A 10)
- ❑ **TEMPO?** (INSORGENZA DEL DOLORE)
- ❑ **ALLERGIE?** A FARMACI (ASPIRINA) E EMORRAGIE GASTROINTESTINALI RECENTI



MALATTIE CARDIOVASCOLARI

INFARTO MIOCARDICO



OSTRUZIONE ARTERIA
CORONARICA

MIOCARDIO
ISCHEMICO

CONDIZIONE CLINICA CHE SI
VERIFICA QUANDO
L'INSUFFICIENZA DEL FLUSSO
EMATICO E' COSI SEVERA DA
CAUSARE DANNI AL MUSCOLO
CARDIACO



COSA FARE?

SE IL PAZIENTE E' COSCIENTE:

- SICUREZZA E PROTEZIONE DELLA VITTIMA
- TRANQUILLIZZARE L'INFORTUNATO
- ALLERTARE IL NUE 112
- FARGLI ASSUMERE LA POSIZIONE SEMISEDUTA, CON GLI ARTI INFERIORI DECLIVI
- ALLENTARE EVENTUALI INDUMENTI STRETTI SUL TORACE
- SE AL CHIUSO, AERARE ADEGUATAMENTE L'AMBIENTE
- QUALORA SI E' AUTORIZZATI DA UN MEDICO O DALLA C.O.118 POTREBBE ESSERE NECESSARIA LA SOMMINISTRAZIONE DI 1 COMPRESSA DI ASPIRINA (160-325 mg) DA MASTICARE



SE IL PAZIENTE E' INCOSCIENTE: VALUTAZIONE BLS

MALATTIE CARDIOVASCOLARI

INFARTO MIOCARDICO

!ATTENZIONE!

L'INFARTO PUO' EVOLVERE IN ARRESTO CARDIACO



MALATTIE CARDIOVASCOLARI

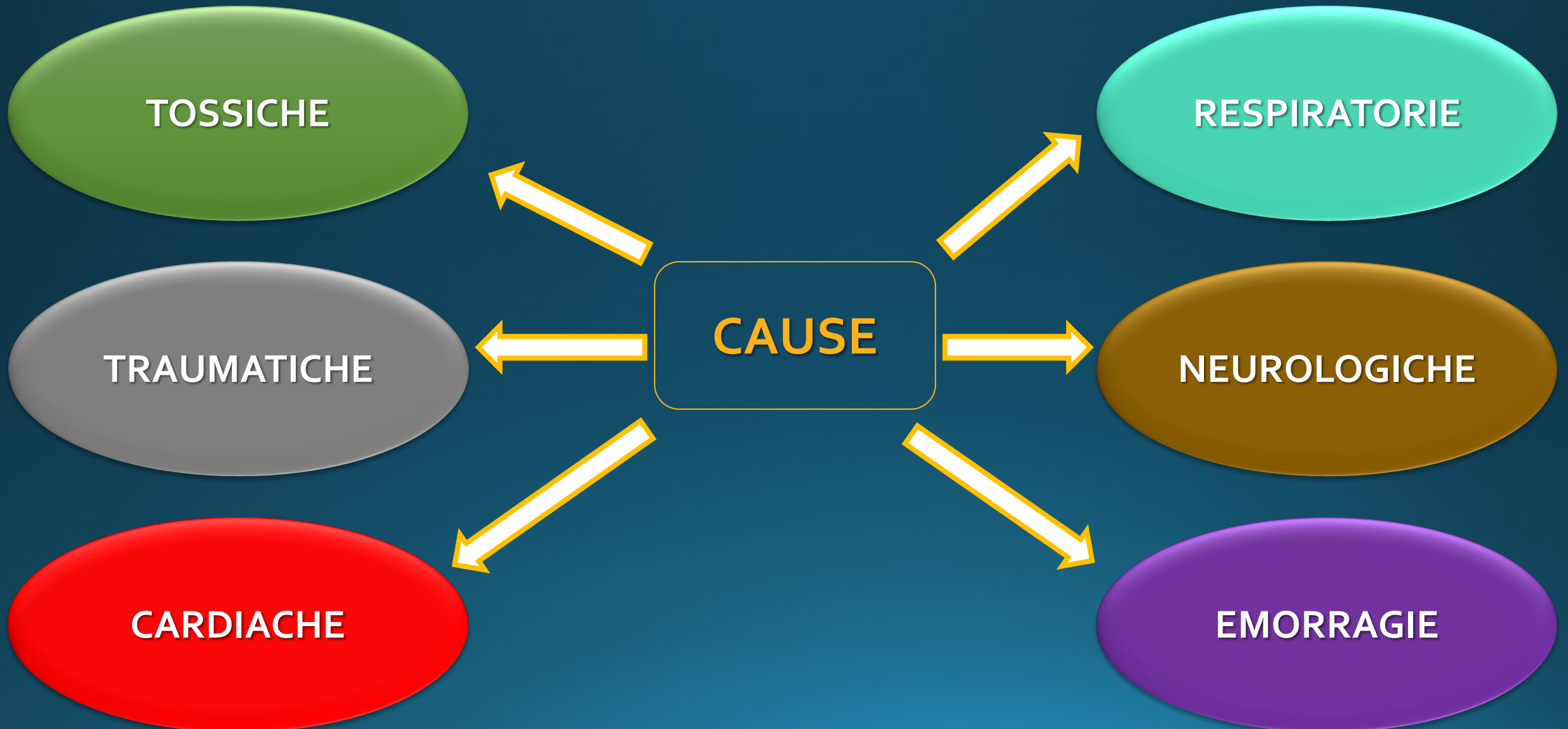
ARRESTO CARDIACO



CONDIZIONE CLINICA CHE PORTA ALLA CESSAZIONE DELL'ATTIVITA' CARDIACA E RESPIRATORIA, CON RAPIDA PERDITA DI COSCIENZA, CON O SENZA SEGNI PREMONITORI, IN PERSONE CON O SENZA PATOLOGIA CARDIACA NOTA.

MALATTIE CARDIOVASCOLARI

ARRESTO CARDIACO



MALATTIE CARDIOVASCOLARI

ARRESTO CARDIACO

ASSENZA DI
COSCIENZA

SEGNI E SINTOMI

ASSENZA DI
POLSO
CAROTIDEO

ASSENZA DI
RESPIRO



MALATTIE CARDIOVASCOLARI

OBIETTIVO ACC

RIDURRE I DANNI
IRREVERSIBILI



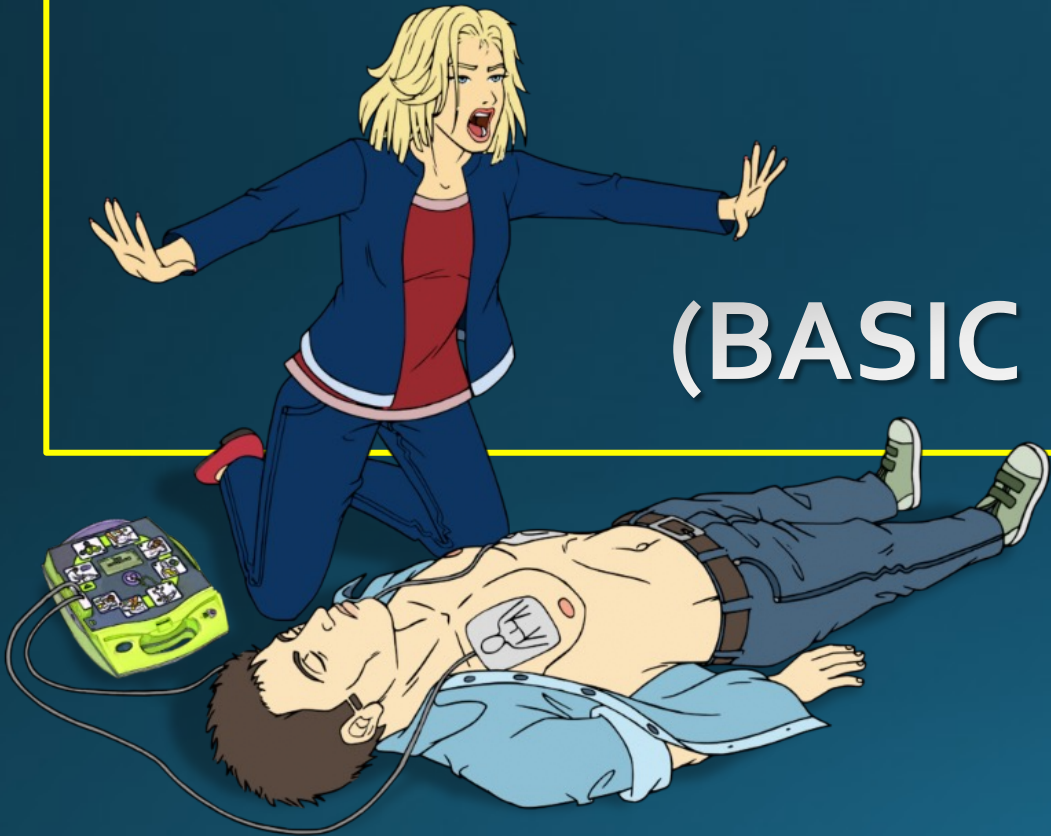
MIGLIORARE LA
PROGNOSI E GLI
ESITI
INVALIDANTI

AUMENTARE LA
SOPRAVVIVENZA

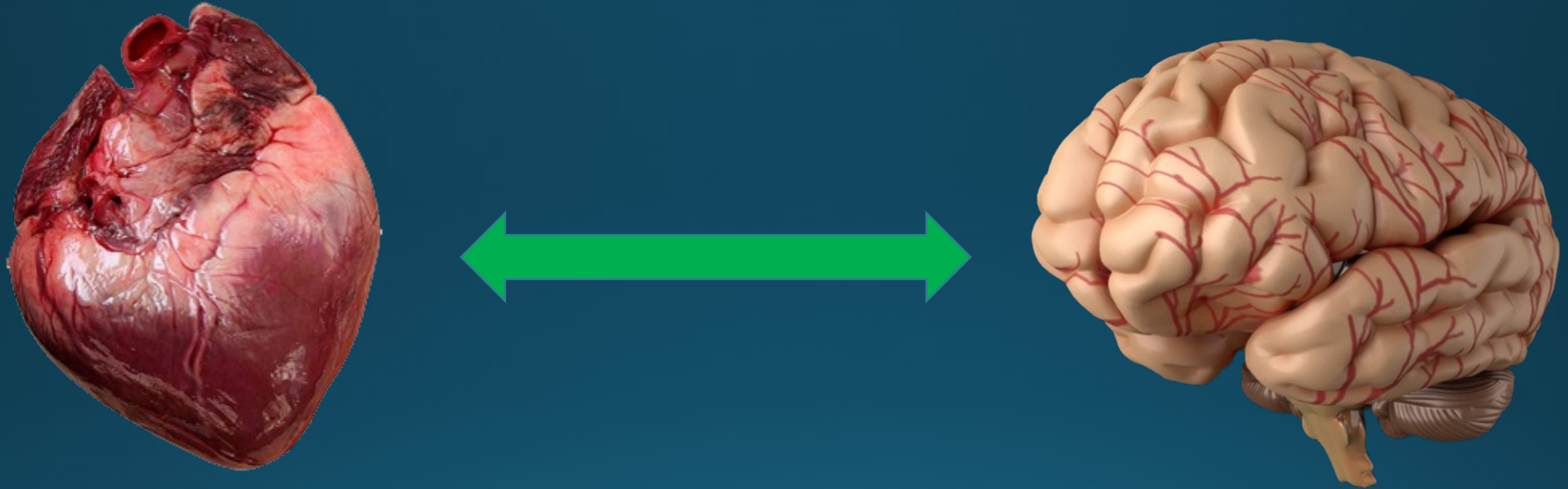
COSA FARE?

BLS

(BASIC LIFE SUPPORT)



OBIETTIVO BLS



GARANTIRE UNA SUFFICIENTE OSSIGENAZIONE DI TESSUTI E CIRCOLAZIONE DEL SANGUE PER PRESERVARE GLI ORGANI NOBILI, L'ANOSSIA CEREBRALE PROVOCA LESIONI IRREPARABILI DOPO 4-5 MINUTI CON IL TRASCORRERE DEI MINUTI SI HA LA 'MORTE CEREBRALE'

LA CATENA DELLA SOPRAVVIVENZA BLS



SOCORRITORE

BLS APPROCCIO INIZIALE

**CONTROLLO
VISIVO
DELL'AMBIENTE E
DELLA VITTIMA**

**VITTIMA
COSCIENTE**

**VITTIMA
INCOSCIENTE**



**VALUTAZIONE
PRIMARIA
(A,B,C,D,E)**

**VALUTAZIONE
SECONDARIA
(SAMPLE)**

**VALUTAZIONE
BLS**

BLS

APPROCCIO INIZIALE

VITTIMA COSCIENTE

- ASSISTENZA
- VALUTARE RESPIRO E BATTITO CARDIACO SE REGOLARI
- VALUTARE LA PRESENZA DI TRAUMI O FERITE
- INVITO AL CONTROLLO MEDICO
- PRESTARE SOCCORSO DOPO IL CONSENSO

BLS

APPROCCIO INIZIALE

VITTIMA COSCIENTE MA CONFUSA

- INVITARE AL CONTROLLO MEDICO
- VALUTARE RESPIRO E BATTITO CARDIACO SE REGOLARI
- VALUTARE LA PRESENZA DI TRAUMI O FERITE
- EVENTUALE ALLERTAMENTO DEL 118
- ASSISTERE SINO ALL'ARRIVO DEI SANITARI

BLS

APPROCCIO INIZIALE

VALUTAZIONE PRIMARIA

METODO A B C D E

A (AIRWAY): VALUTA LA PERVIETA' DELLE VIE AEREE E SE POSSIBILE LIBERALE (ES. PRESENZA DENTIERA, VOMITO, ETC.)

B (BREATHING): VALUTA IL RESPIRO (ES. SE AFFANNATO O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA)- F.R. NORMALE 12-20 atti/min

C (CIRCULATION): VALUTA IL POLSO RADIALE O CAROTIDEO (ES. SE TROPPO VELOCE O LENTO)- F.C. NORMALE 60-100 bpm O ASSENTE E EVENTUALI EMORRAGIE VISIBILI

D (DISABILITY): VALUTA LO STATO NEUROLOGICO, SE LA VITTIMA E' CONFUSA E/O PRESENTA DELLE AMNESIE

E (EXPOSURE): VALUTA LA PRESENZA DI FERITE E/O TRAUMI VISIBILI

BLS APPROCCIO INIZIALE

VITTIMA NON COSCIENTE



BLS ADULTO

VERIFICARE LA SICUREZZA DELLA SCENA



BLS ADULTO

RICONOSCIMENTO DELL'ARRESTO CARDIACO

VERIFICA LO STATO DI COSCIENZA

SIGNORE, SIGNORE
MI SENTE?



BLS ADULTO

ATTIVARE SISTEMA DI RISPOSTA ALL'EMERGENZA E
PROCURARSI UN AED



BLS ADULTO

VERIFICA IL POLSO CAROTIDEO E LA RESPIRAZIONE (MOVIMENTO DEL TORACE) O 'GASPING' RESPIRO AGONICO



CONTROLLO SIMULTANEO DA 5 A UN MASSIMO DI 10 SECONDI

BLS ADULTO

SE E' PRESENTE IL POLSO CAROTIDEO E LA RESPIRAZIONE, MA LA VITTIMA **NON E' COSCIENTE**



1. Posizionarsi su un fianco e allargare il braccio del proprio lato



2. Piegare il braccio opposto sulla spalla dell'infortunato



3. Piegare la gamba opposta, con le mani sul ginocchio e sulla spalla ruotare il corpo



4. Posizione finale dell'infortunato con capo rivolto in basso

POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA E OSSERVO LA VITTIMA CONTROLLANDO LE FUNZIONI VITALI:

- RIPRESA DI COSCIENZA,
- RESPIRO,
- CIRCOLO.

BLS ADULTO

ASSENZA DI POLSO E DI RESPIRO...

INIZIA **RCP**



30 COMPRESSIONI
TORACICHE
2 VENTILAZIONI



BLS ADULTO



COMPRESSIONI

FREQUENZA: 100-120/min

PROFONDITA': 5 cm

POSIZIONE DELLE MANI: 2 MANI SULLA
META' INFERIORE DELLO STERNO

LIMITARE LE INTERRUZIONI DELLE
COMPRESSIONI TORACICHE A < 10 SECONDI

CONSENTI LA RIESPANZIONE DEL TORACE
DOPO OGNI COMPRESSIONE

BLS ADULTO

VENTILAZIONI

FREQUENZA: 2 VENTILAZIONI/2SECONDI

POSIZIONE: ESTENSIONE DEL
CAPO, TRANNE IN CASO DI TRAUMA

NON IPERVENTILARE IL PAZIENTE, FERMATI
APPENA VEDI IL SOLLEVAMENTO DEL
TORACE

SE PUOI UTILIZZA UN DISPOSITIVO
BARRIERA



BLS ADULTO

ASSENZA DI RESPIRO...MA POLSO PRESENTE
INIZIA **VENTILAZIONI**

**1 VENTILAZIONE OGNI 6 SECONDI E CONTROLLO DEL
POLSO OGNI 2 MINUTI**



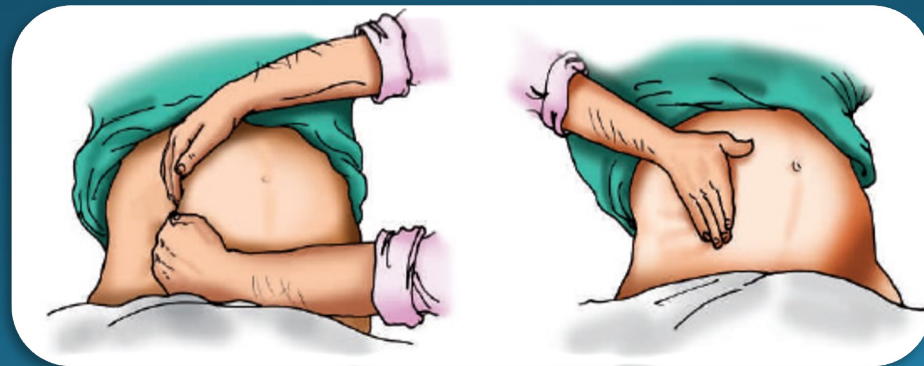
BLS NELLA DONNA GRAVIDA



NEL CASO SIA NECESSARIO PRATICARE RCP SU UNA DONNA IN GRAVIDANZA AVANZATA (TERZO TRIMESTRE), POSIZIONARLA SUL LATO SINISTRO SOLLEVANDO IL FIANCO DESTRO DELLA VITTIMA DI 15° - 30° (CON CUSCINI, COPERTE)

OPPURE

UN SOCCORRITORE DEVE SPOSTARE MANUALMENTE CON LE MANI L'UTERO VERSO SINISTRA CON UNA O DUE MANI



BLS ADULTO



QUANDO INTERROMPO LA RCP...



QUANDO LA
VITTIMA SI
RIPRENDE
SEGNI
'**MO**vimento, **TO**sse,
REspiro'

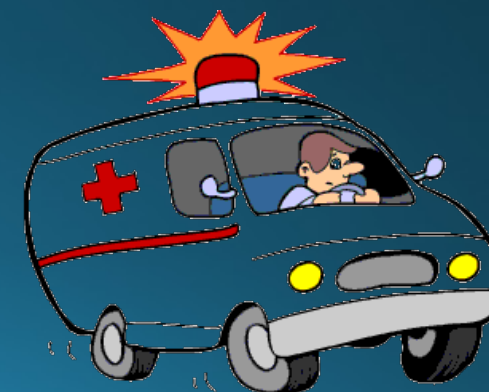


APPENA ARRIVA
UN AED

QUANDO
SONO
ESAUSTO



APPENA
ARRIVANO I
SOCCORSI



BLS ADULTO

NELL'ARRESTO CARDIACO CON RITMO DI FIBRILLAZIONE VENTRICOLARE (FV) O TACHICARDIA VENTRICOLARE SENZA POLSO (TV) IL DEFIBRILLATORE E' L'UNICA TERAPIA ELETTRICA IN GRADO DI INTERROMPERE L'ARITMIA



ARRESTO CARDIACO NEL BAMBINO COSA FARE?



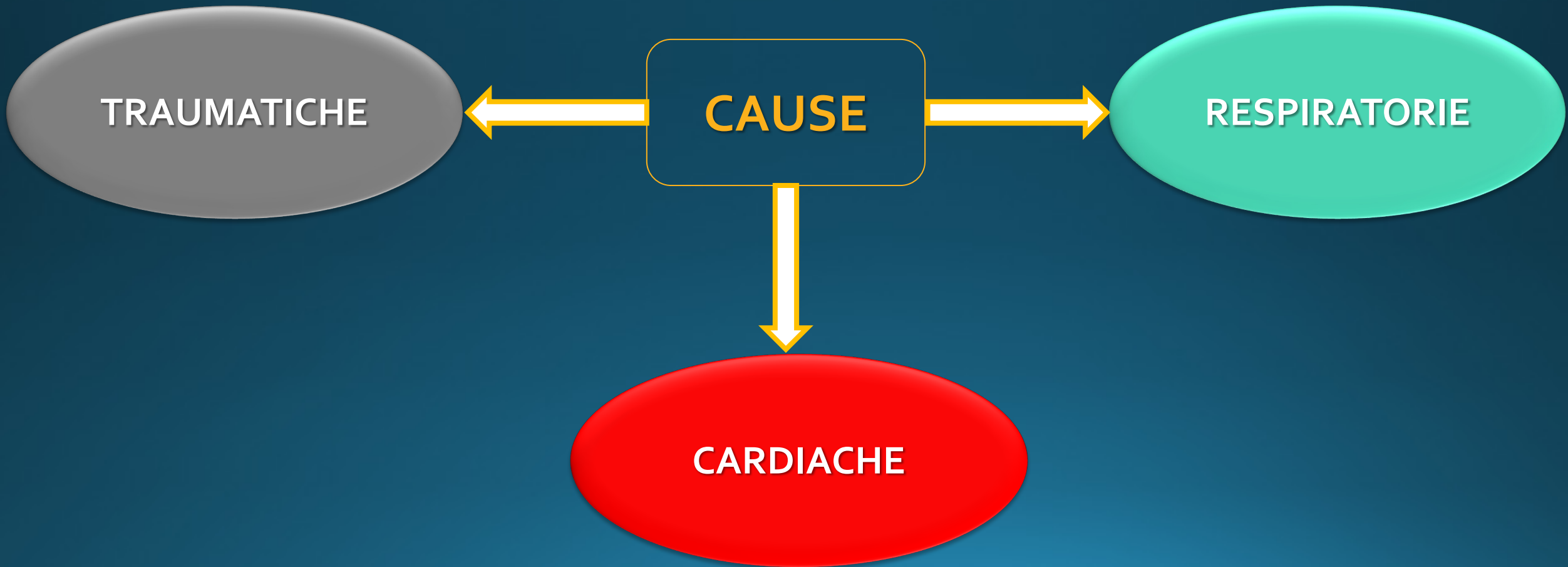
PBLS
(PEDIATRIC BASIC LIFE SUPPORT)

FASCE DI ETA' NEL PEDIATRICO

- ❑ LATTANTE: < 1 ANNO
- ❑ BAMBINO PICCOLO: DA 1 A 3 ANNI
- ❑ ETA' PRESCOLARE: DA 4 A 5 ANNI
- ❑ ETA' SCOLARE: DA 6 A 12 ANNI
- ❑ ADOLOSCENTE: DA 13 A 18 ANNI



ARRESTO CARDIACO PEDIATRICO



LA CATENA DELLA SOPRAVVIVENZA PBLS



SOCCORRITORE

PBLS PEDIATRICO

VERIFICARE LA SICUREZZA DELLA SCENA



PBLS PEDIATRICO

RICONOSCIMENTO DELL'ARRESTO CARDIACO

VERIFICA LO STATO DI COSCIENZA

NEL LATTANTE E' NECESSARIO
STIMOLARE TRAMITE CONTATTO
LA PIANTA DEL PIEDE O IL TORACE

BAMBINO,
BAMBINO MI SENTI?



PBLS PEDIATRICO

ATTIVARE SISTEMA DI RISPOSTA ALL'EMERGENZA E
PROCURARSI UN AED



PBLS PEDIATRICO

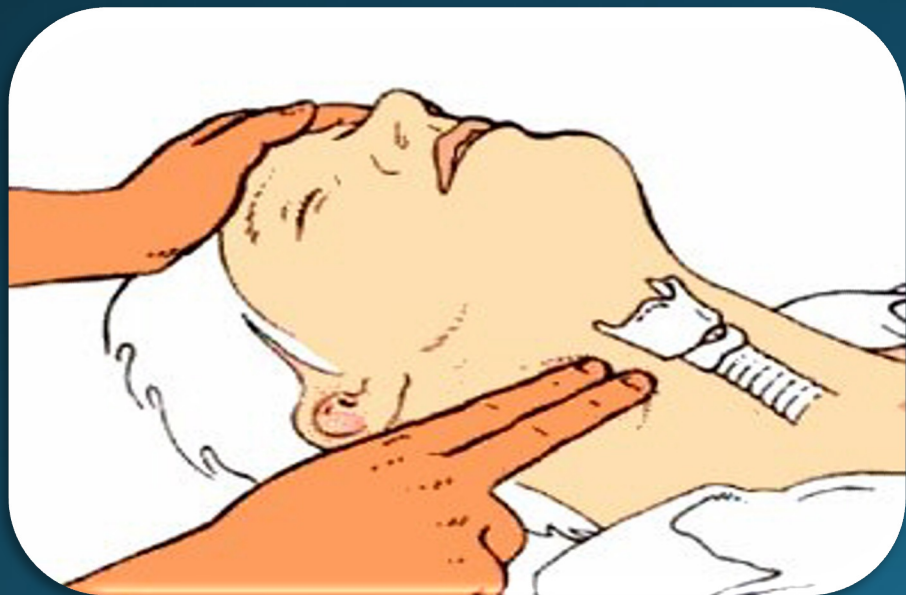
□ COLLASSO TESTIMONIATO: SI CHIEDE AIUTO E CI SI PROCURA UN AED, O SE SI E' SOLI CI SI ALLONTANA DALLA VITTIMA PER ATTIVARE I SOCCORSI E REPERIRE UN AED

□ COLLASSO NON TESTIMONIATO: ESEGUIRE LA RCP PER 2 MINUTI, ALLONTANARSI DALLA VITTIMA PER ATTIVARE I SOCCORSI E REPERIRE UN AED

PBLS PEDIATRICO

NEL BAMBINO

VERIFICA IL POLSO CAROTIDEO O FEMORALE E LA RESPIRAZIONE
(MOVIMENTO DEL TORACE) O 'GASPING' RESPIRO AGONICO

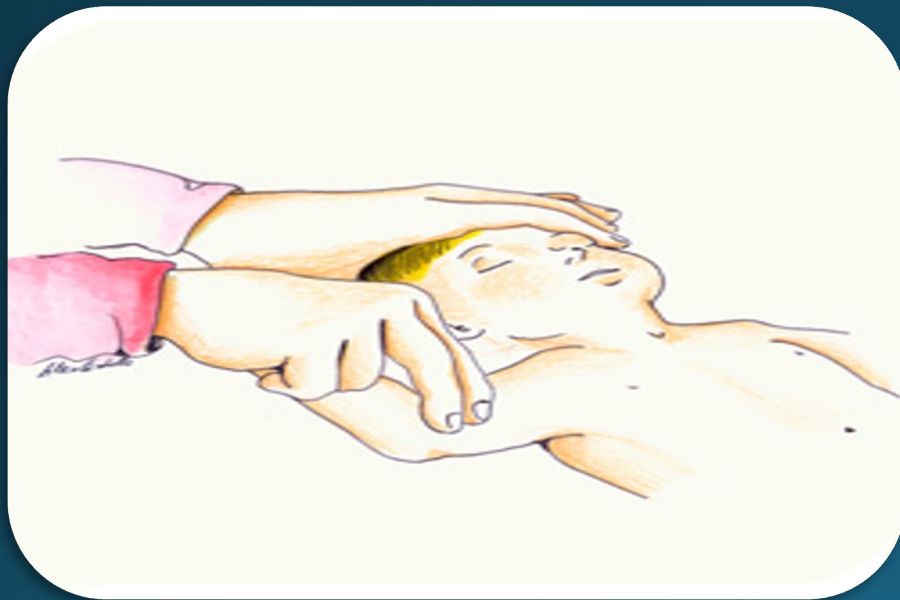


CONTROLLO SIMULTANEO DA 5 A UN MASSIMO DI 10 SECONDI

PBLS PEDIATRICO

NEL LATTANTE

VERIFICA IL POLSO BRACHIALE E LA RESPIRAZIONE



CONTROLLO SIMULTANEO DA 5 A UN MASSIMO DI 10 SECONDI

PBLS PEDIATRICO

NEI BAMBINI E NEI LATTANTI SE IL POLSO E' ASSENTE O E'
INFERIORE A 60 bpm CON SEGNI DI IPOPERFUSIONE
NONOSTANTE UN'OSSIGENAZIONE ADEGUATA

INIZIARE RCP



PBLS PEDIATRICO

ASSENZA DI POLSO E DI RESPIRO...

INIZIA **RCP**

30 COMPRESSIONI
TORACICHE
2 VENTILAZIONI



1
SOCCORRITORE



15 COMPRESSIONI
TORACICHE
2 VENTILAZIONI



2
SOCCORRITORE

PBLS NEL BAMBINO

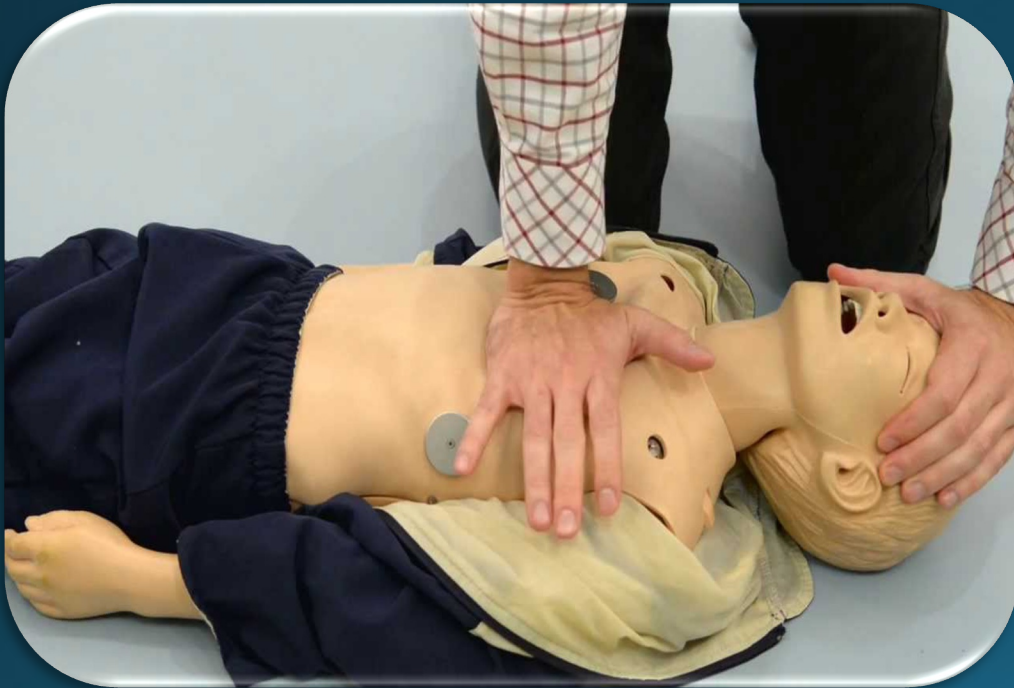
COMPRESSIONI

FREQUENZA: 100-120/min

PROFONDITA': ALMENO UN TERZO DEL
DIAMETRO AP DEL TORACE 5 cm

POSIZIONE DELLE MANI: 2 MANI SULLA META'
INFERIORE DELLO STERNO O SE SI E' 2
SOCCORRITORI CON UNA MANO

LIMITARE LE INTERRUZIONI DELLE
COMPRESSIONI TORACICHE A < 10 SECONDI
CONSENTI LA RIESPANZIONE DEL TORACE
DOPO OGNI COMPRESSIONE



PBLS NEL LATTANTE

COMPRESSIONI

FREQUENZA: 100-120/min

PROFONDITA': ALMENO UN TERZO DEL
DIAMETRO AP DEL TORACE 4 cm

POSIZIONE DELLE MANI: **1 SOCCORRITORE** (2
DITA AL CENTRO DEL TORACE APPENA SOTTO
LA LINEA DEI CAPEZZOLI);
2 SOCCORRITORI (2 POLLICI CON LE MANI CHE
CINGONO IL TORACE, AL CENTRO DELLO
STESSO, APPENA AL DI SOTTO DELLA LINEA
TRA I CAPEZZOLI)

LIMITARE LE INTERRUZIONI DELLE
COMPRESSIONI TORACICHE A < 10 SECONDI
CONSENTI LA RIESPANZIONE DEL TORACE
DOPO OGNI COMPRESSIONE



PBLS PEDIATRICO

ASSENZA DI RESPIRO...MA POLSO PRESENTE
INIZIA **VENTILAZIONI**

**1 VENTILAZIONE OGNI 2-3 SECONDI E CONTROLLO DEL
POLSO OGNI 2 MINUTI**



CHE COS'E' LO SHOCK?

- ❑ EVENTO PATOLOGICO CHE SOPRAGGIUNGE PER LA MANCATA OSSIGENAZIONE DEGLI ORGANI VITALI (CUORE, CERVELLO) A CAUSA DI UN PROBLEMA CIRCOLATORIO;
- ❑ L'EMORRAGIA E' LA PRINCIPALE CAUSA SCATENANTE DELLO SHOCK DOVUTA ALLA PERDITA DI IMPORTANTI QUANTITA' DI SANGUE;
- ❑ LO SHOCK PUO' MANIFESTARSI IN MOLTE ALTRE CIRCOSTANZE COME: LA PERDITA DI ALTRI LIQUIDI CORPOREI (ES. NEL VOMITO E/O DIARREA), USTIONI GRAVI, PROBLEMI CARDIACI CHE CAUSANO DEFICIT NELLA FUNZIONE DI POMPA DEL CUORE, GRAVI INFEZIONI, GRAVI REAZIONI ALLERGICHE E LESIONI MIDOLLARI.

SHOCK

SEGNI E SINTOMI

...FASE INIZIALE

- POLSO ACCELERATO (TACHICARDIA > 100 battiti/min)
- CUTE FREDDA, PALLIDA E UMIDA
- SUDORAZIONE

...FASE DI SHOCK

- RESPIRO ACCELERATO E SUPERFICIALE;
- POLSO DEBOLE E FLEBILE (LE PULSAZIONI POTREBBERO NON ESSERE APPREZZABILI);
- CUTE (COLORITO) BLUASTRO - CIANOSI SOPRATTUTTO NELLE ZONE COME:
L'INTERNO DELLE LABBRA, ESTREMITA' DELLE MANI (UNGHIE);
- DEBOLEZZA E VERTIGINI

SHOCK

SEGNI E SINTOMI

...FASE DI COMPROMOSSIONE

- AGITAZIONE
- DIFFICOLTA' RESPIRATORIA (DISPNEA)
- POLSO E PRESSIONE NON RILEVABILI
- PERDITA DI COSCIENZA

SE NON TRATTATA LA CAUSA DI SHOCK PUO' CONDURRE LA VITTIMA IN ARRESTO CARDIACO

COSA FARE?

SE IL PAZIENTE E' COSCIENTE:

- SICUREZZA E PROTEZIONE DELLA VITTIMA
- TRATTARE QUALUNQUE CAUSA DI SHOCK RIUSCIATE AD INDIVIDUARE (ES. EMORRAGIA ESTERNA, GRAVI USTIONI)
- TRANQUILLIZZARE LA VITTIMA
- AIUTATE L'INFORTUNATO A SDRAIARSI SU UN TAPPETO O SU UNA COPERTA (PER RIPARARLO DAL FREDDO) SOLLEVANDO LE SUE GAMBE IN POSIZIONE RIALZATA RISPETTO AL CUORE
- TENETE LA VITTIMA AL CALDO, COMPRENDOLA CON CAPPOTTI O COPERTE.

1



2



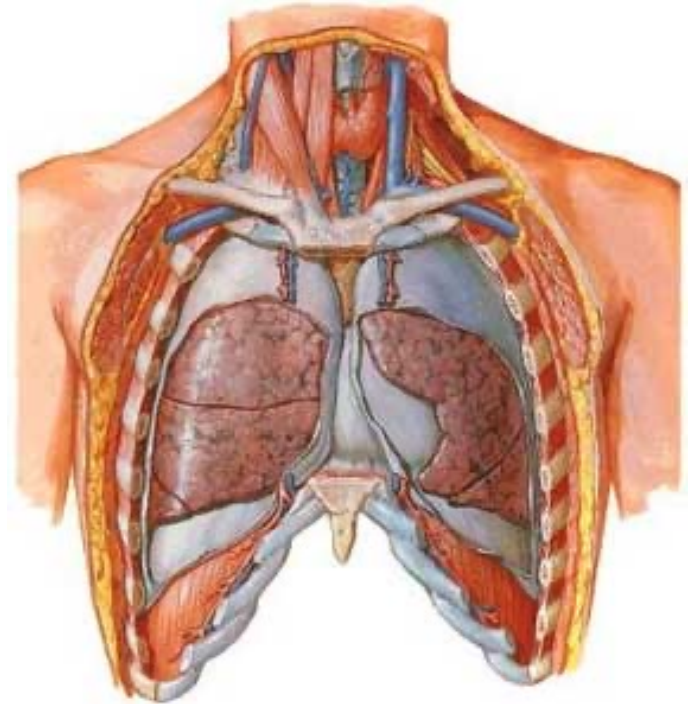
COSA FARE?

SE IL PAZIENTE E' COSCIENTE:

- ALLERTARE IL N° 112
- ALLENTARE EVENTUALI INDUMENTI STRETTI INTORNO AL COLLO, AL TORACE E ALLA VITA PER RIDURNE LA COSTRIZIONE
- MONITORARE E ANNOTARE (SE POSSIBILE) I SEGNI VITALI DELLA VITTIMA
- NEL CASO DELLA DONNA IN GRAVIDANZA (DAL TERZO TRIMESTRE), DISTENDERLA POSIZIONANDOLA SUL FIANCO SINISTRO IN MODO CHE IL PESO DELL'UTERO NON RIDUCA L'AFFLUSSO DI SANGUE VERSO IL CUORE

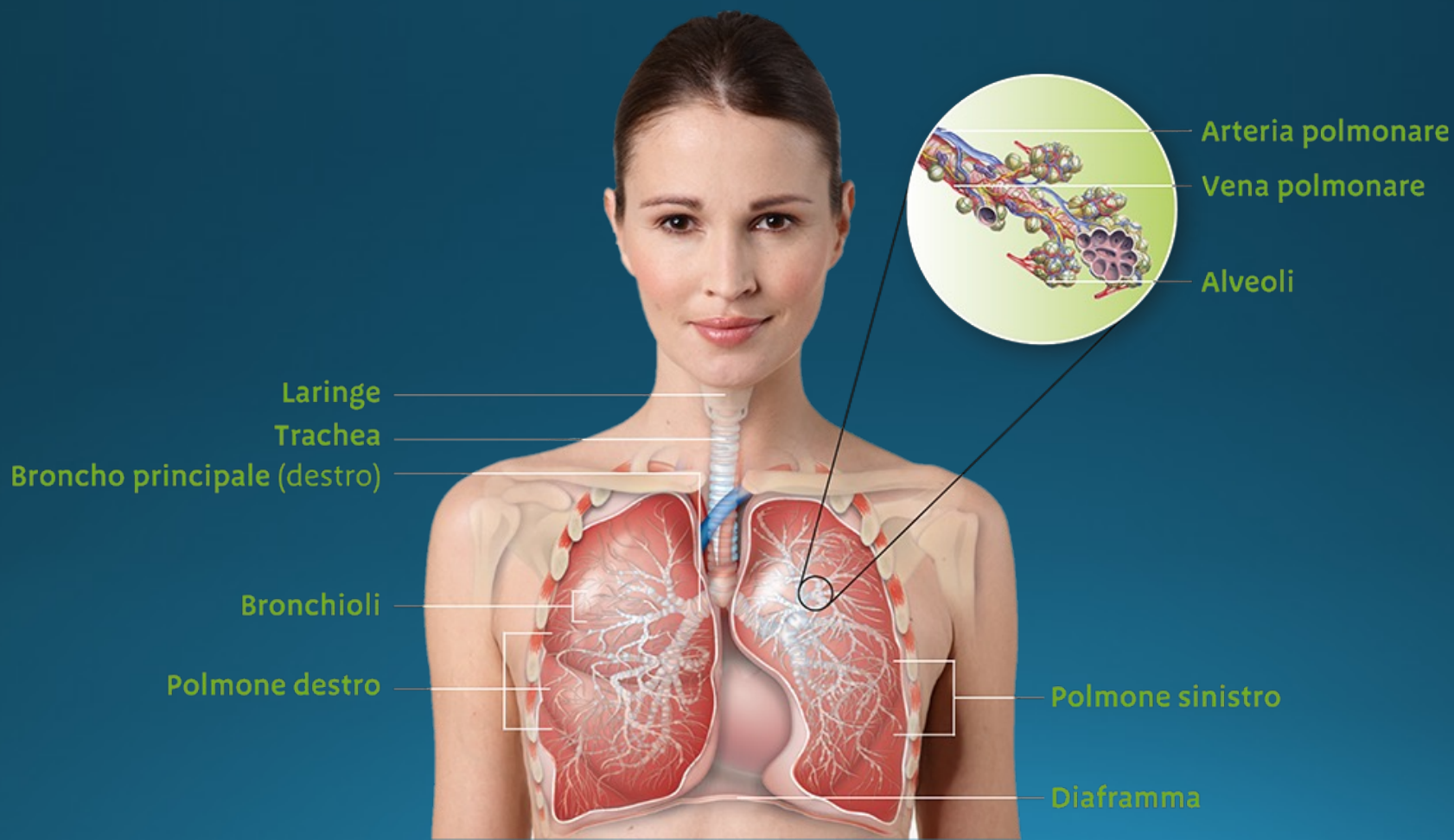
SE IL PAZIENTE PERDE COSCIENZA: ESEGUIRE APPROCCIO BLS

MALATTIE RESPIRATORIE



CENNI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA

APPARATO RESPIRATORIO

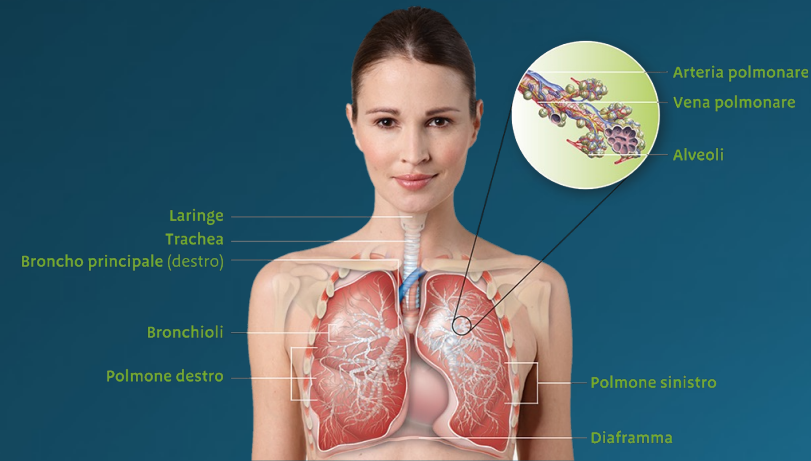


CENNI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA

APPARATO RESPIRATORIO

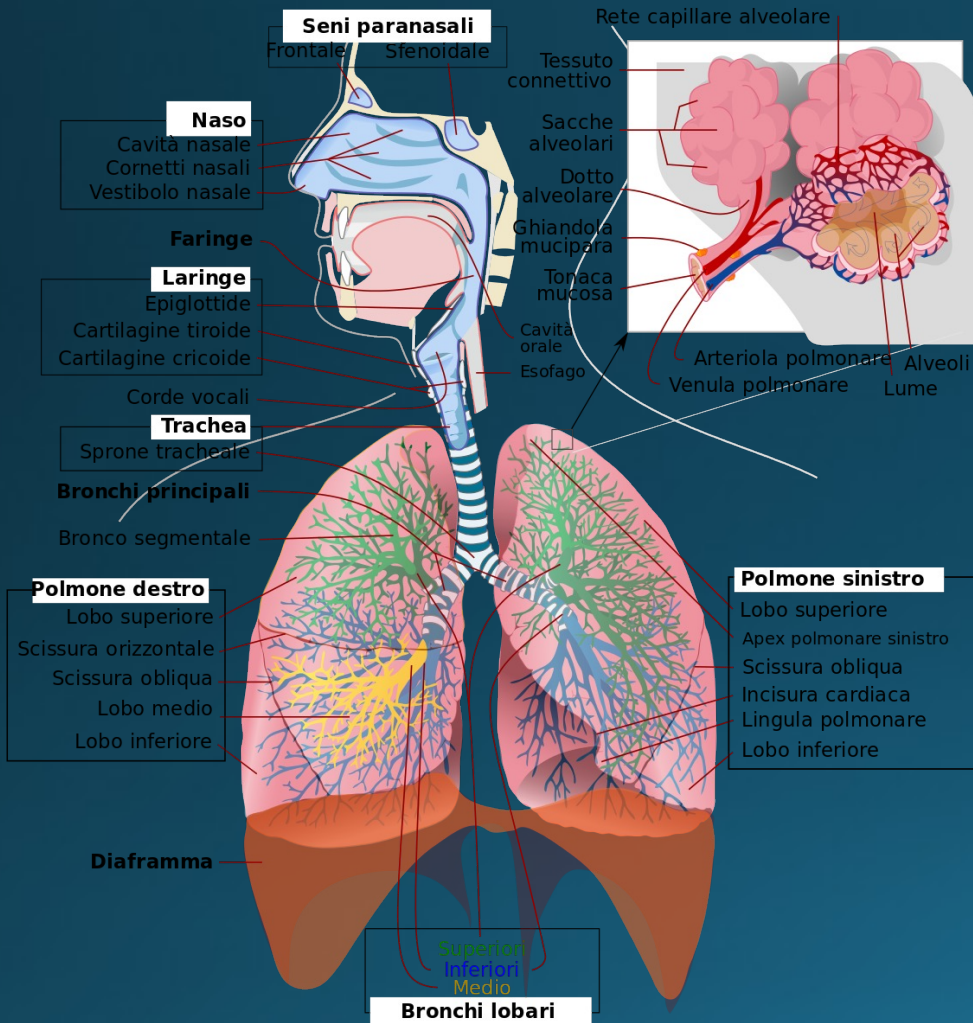
PERCHE' RESPIRIAMO?

PERCHE' LE CELLULE DI TUTTI I TESSUTI DEL CORPO DEVONO RICEVERE OSSIGENO, INDISPENSABILE PER BRUCIARE LE SOSTANZE NUTRITIZIE PORTATE DAL SANGUE. QUESTO MECCANISMO E' RESO POSSIBILE GRAZIE AL SISTEMA COMPLESSO DEPUTATO ALLO SCAMBIO DEI GAS DOVE L'O₂ VIENE ASSIMILATA, MENTRE LA CO₂ VIENE ELIMINATA



CENNI DI ANATOMIA E FISILOGIA

APPARATO RESPIRATORIO

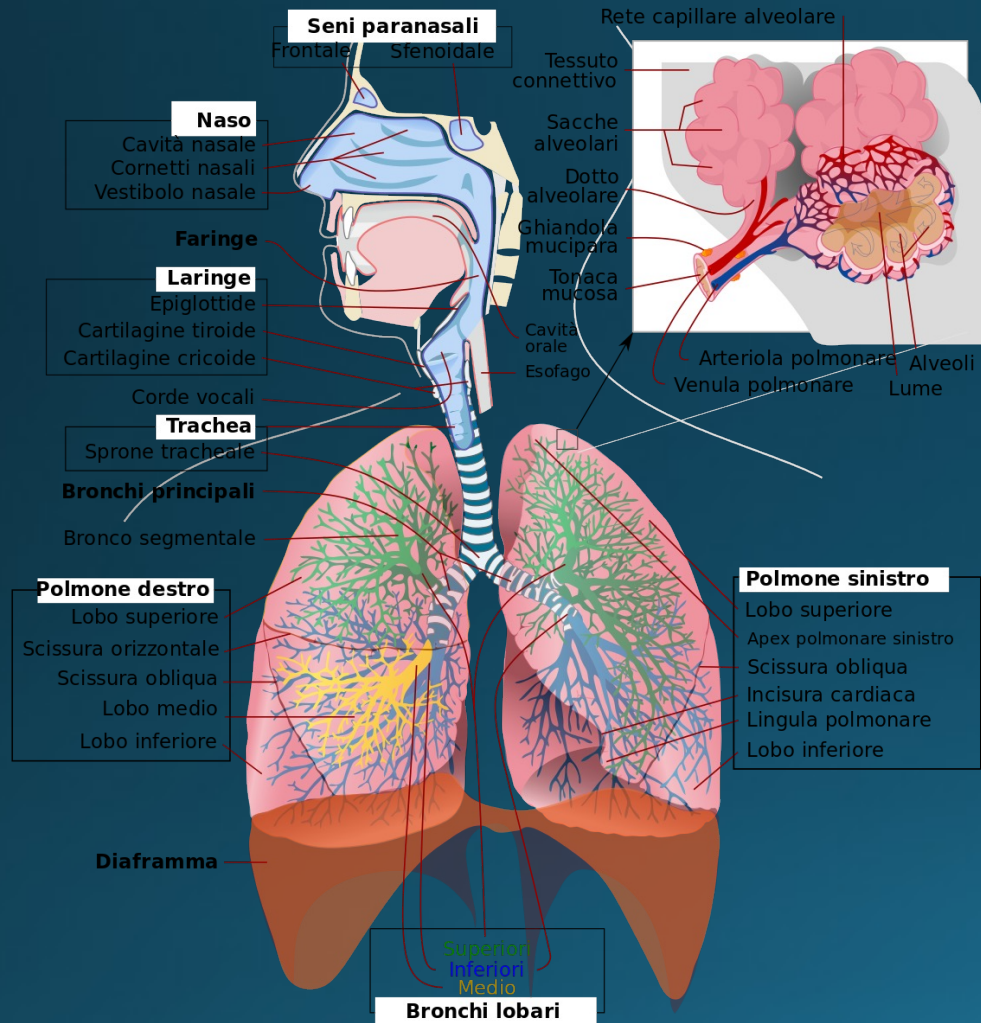


FUNZIONI APPARATO RESPIRATORIO:

- FORNIRE UNA SUPERFICIE FRA ARIA E SANGUE PER LO SCAMBIO DEI GAS;
- MUOVERE ARIA ATTRAVERSO QUESTA SUPERFICIE;
- PROTEGGERE LA SUPERFICIE RESPIRATORIA DA VARIAZIONI NELL'AMBIENTE E FORNIRE UNA DIFESA ALL'INVASIONE DI PATOGENI;
- PRODURRE SUONI;
- RECARE SENSAZIONI OLFATTIVE AL SNC

CENNI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA

APPARATO RESPIRATORIO



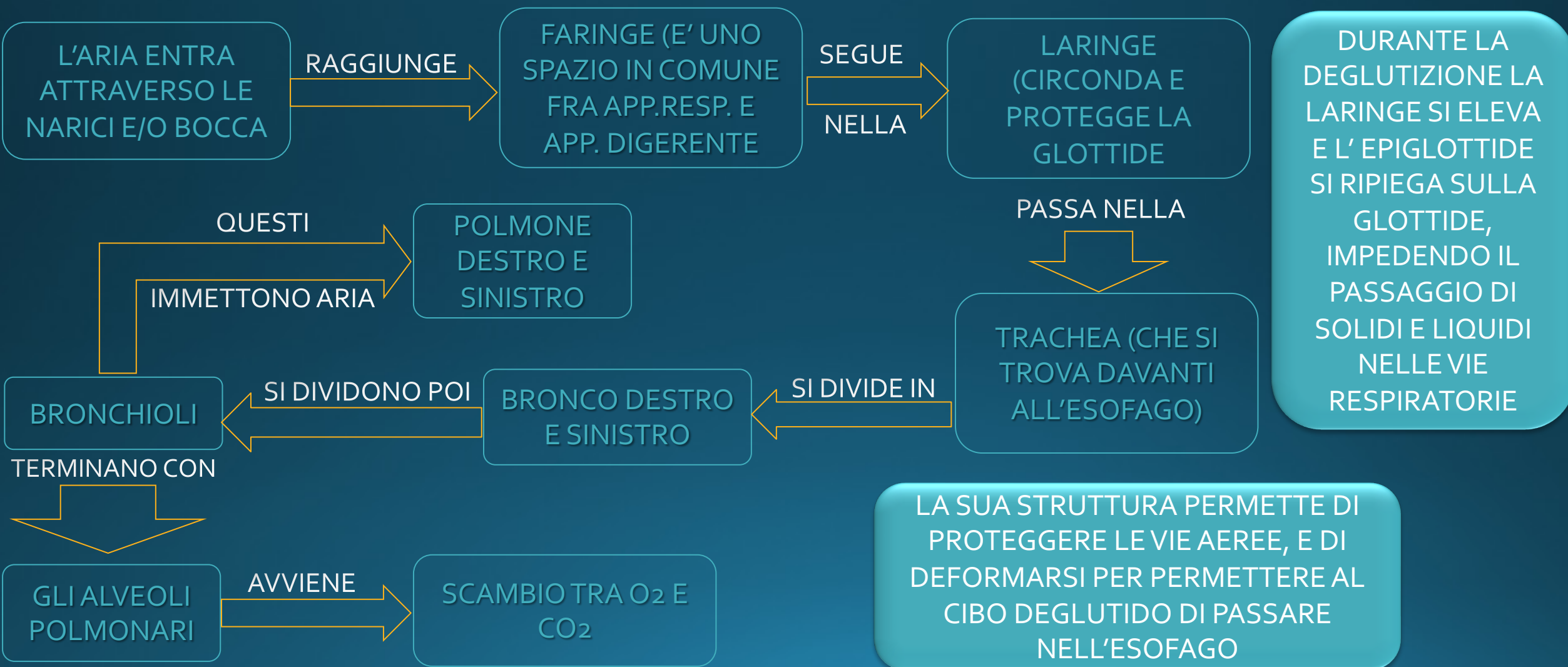
ORGANIZZAZIONE DELL'APPARATO RESPIRATORIO

1. VIE AEREE SUPERIORI (BOCCA, NASO FARINGE) E INFERIORI (LARINGE, TRACHEA, BRONCHI, BRONCHIOLI, ALVEOLI E POLMONI),
2. SISTEMA NEUROMUSCOLARE (CENTRI DEL RESPIRO NEL TRONCO ENCEFALO, NERVI E MUSCOLI RESPIRATORI, GABBIA TORACICA, DIAFRAMMA)
3. ARTERIE, CAPILLARI E VENE

CENNI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA

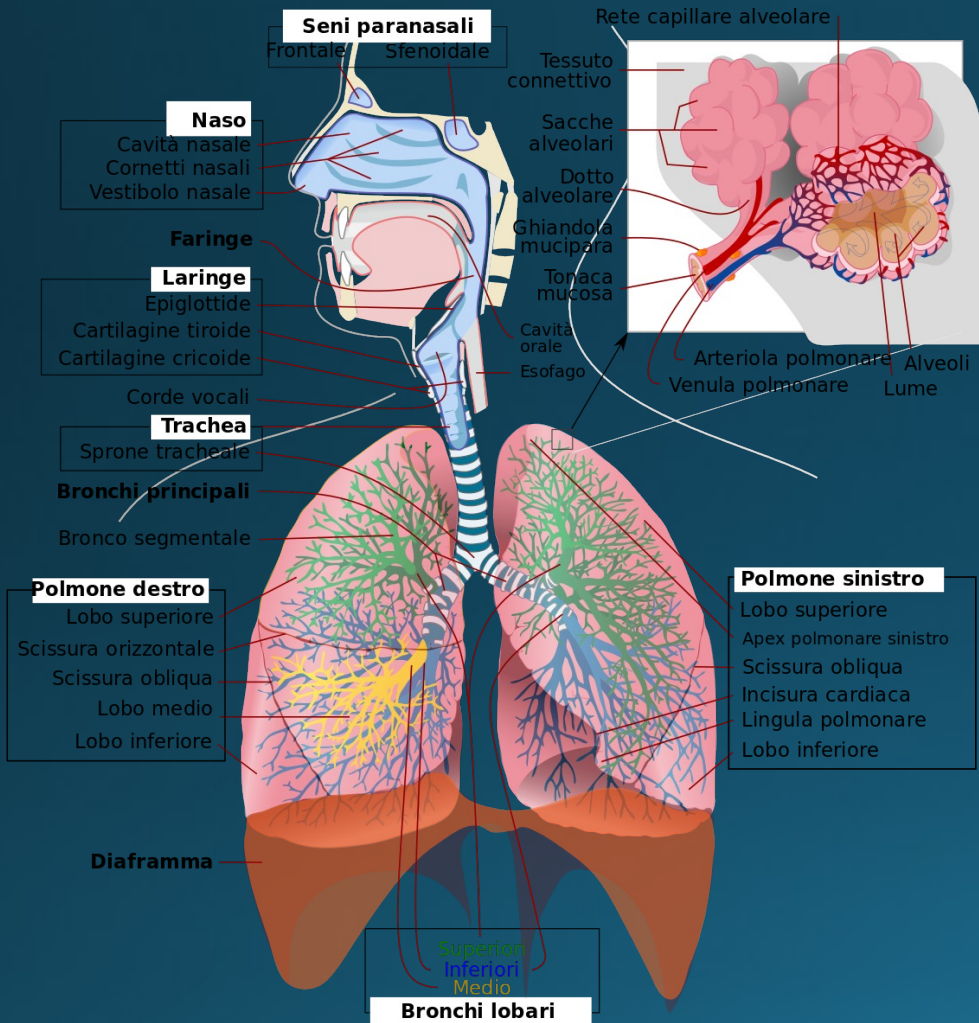
APPARATO RESPIRATORIO

VIAGGIO DELL'ARIA ATTRAVERSO L'APPARATO RESPIRATORIO



CENNI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA

APPARATO RESPIRATORIO



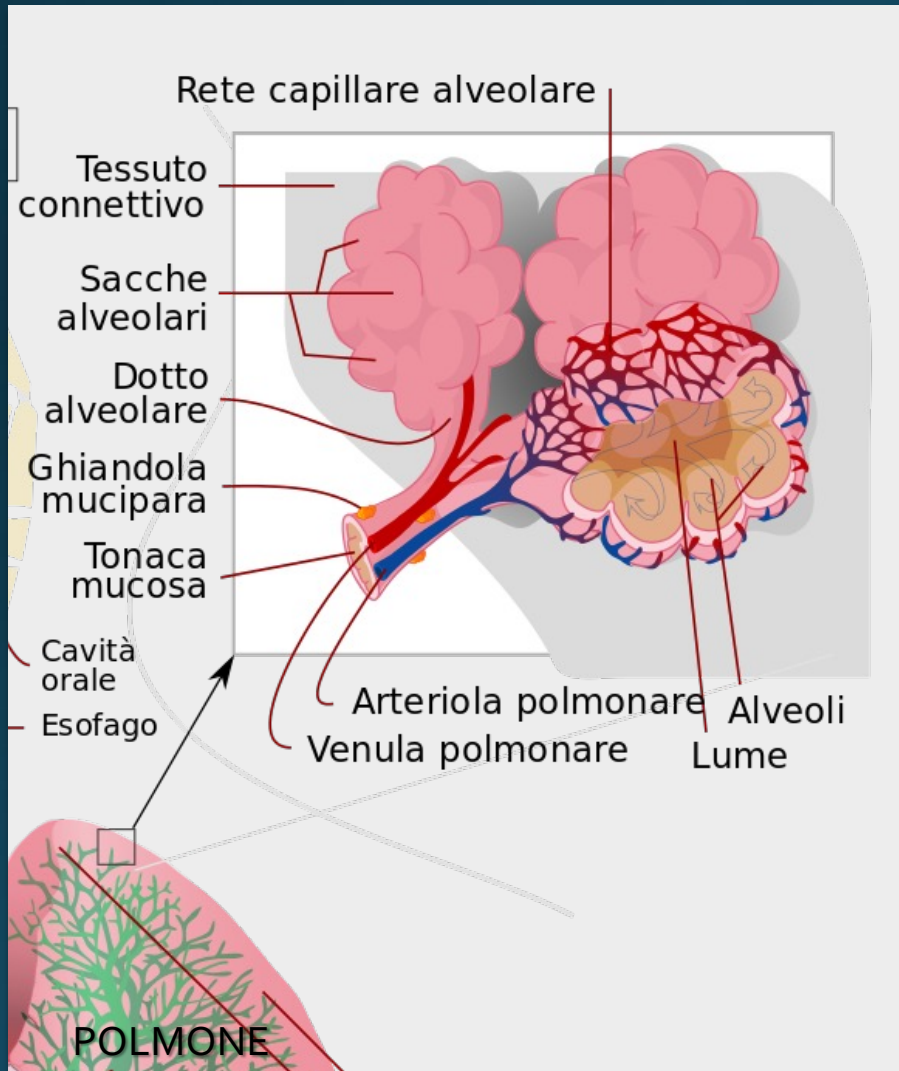
MECCANISMO DELLA VENTILAZIONE

IL DIAFRAMMA E I MUSCOLI INTERCOSTALI ESTERNI PARTECIPANO ALLA RESPIRAZIONE TRANQUILLA O EUPNEA

I MUSCOLI RESPIRATORI ACCESSORI (ES. M. SCALENI, M. STERNOCLEIDOMASTOIDEO, ALCUNI MUSCOLI DEL COLLO E DEL CAPO, ETC.) INTERVENGONO DURANTE LA RESPIRAZIONE FORZATA O IPERPNEA

CENNI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA

APPARATO RESPIRATORIO

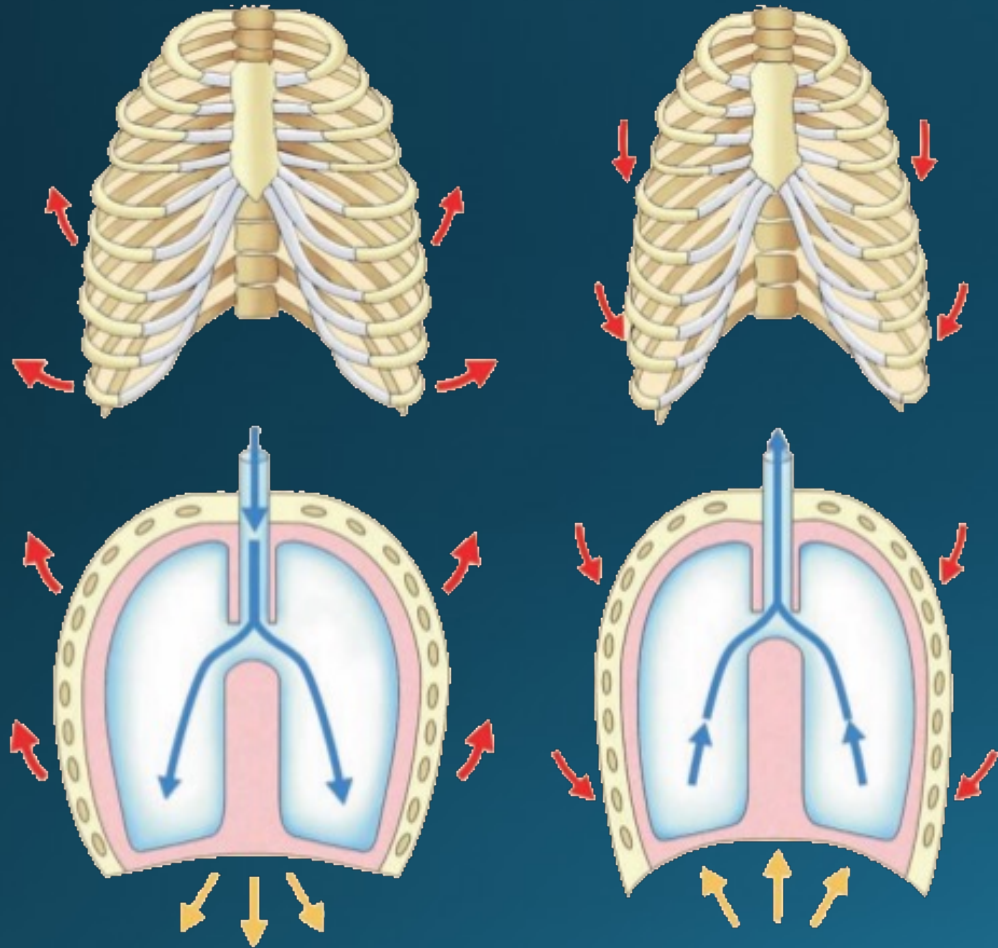


LA VENTILAZIONE

NEGLI ALVEOLI POLMONARI (LE VIE AEREE PIÙ PICCOLE) AVVIENE LO SCAMBIO DI OSSIGENO PROVENIENTE DALL'ARIA E DI ANIDRIDE CARBONICA PROVENIENTE DAL SANGUE DEI CAPILLARI POLMONARI.

CENNI DI ANATOMIA E FISILOGIA

APPARATO RESPIRATORIO



LA VENTILAZIONE

OGNI CICLO RESPIRATORIO E' COSTITUITO DA UNA FASE DI INSPIRAZIONE ED UNA DI ESPIRAZIONE

ED È REGOLATO DA ALCUNI CENTRI NERVOSI SITUATI NEL BULBO E DA CHEMORECETTORI PERIFERICI POSTI SULL'ARTERIA CAROTIDE E AORTA.

NELL'ADULTO NORMALE: 12- 20 atti/min

NEL BAMBINO: 20 – 30 atti/min

NEONATO :30 – 50 atti/min

MALATTIE RESPIRATORIE

**POSSONO
PROVOCARE**

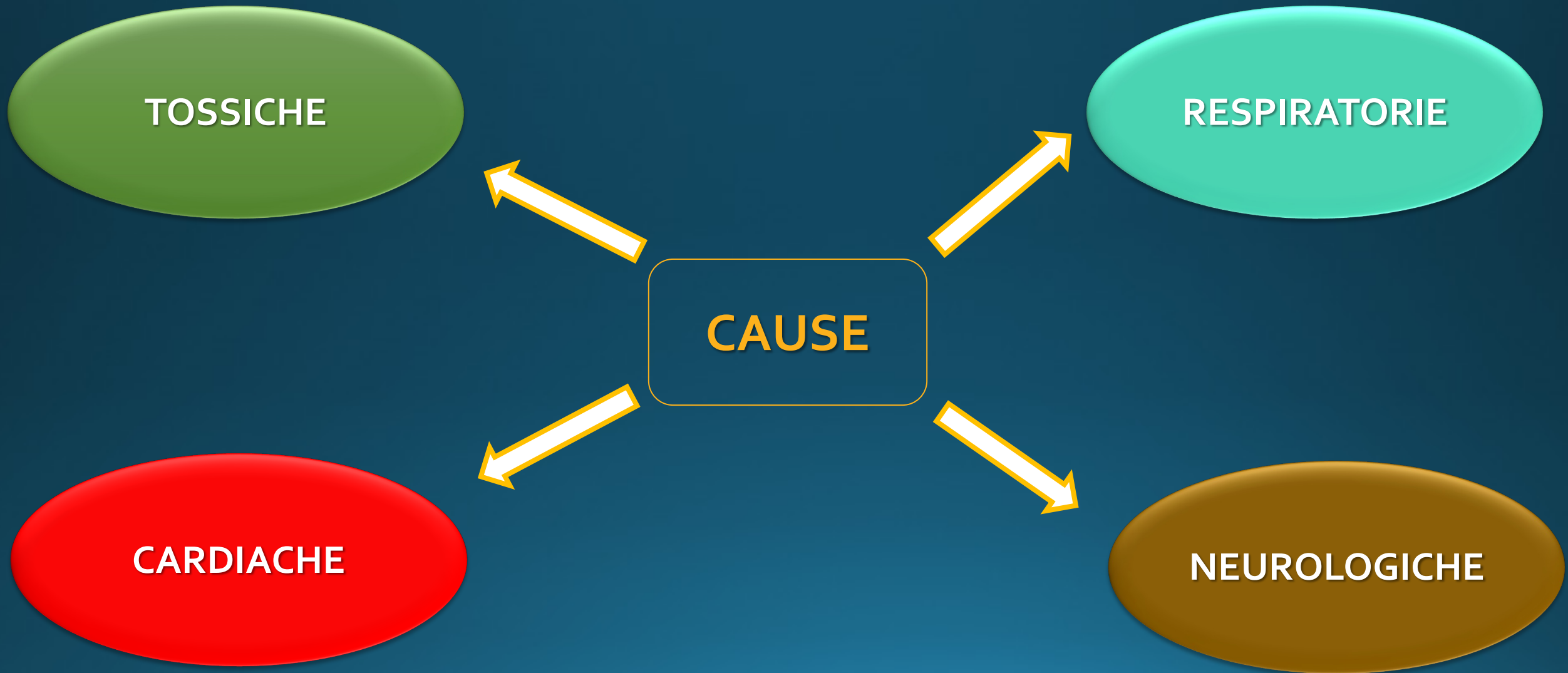
**COMPROMISSIONE DEL
PASSAGGIO DI ARIA LUNGO LE
VIE AEREE**

**RIDUZIONE DELLA DIFFUSIONE
DI GAS ATTRAVERSO LA
MEMBRANA RESPIRATORIA**

**RIDUZIONE DEL NORMALE
FLUSSO EMATICO NEI
CAPILLARI ALVEOLARI**



MALATTIE RESPIRATORIE



MALATTIE RESPIRATORIE

DISPNEA: RAPPRESENTA LA CONSAPEVOLEZZA SOGGETTIVA DELLA PROPRIA ATTIVITA' RESPIRATORIA NEL MOMENTO IN CUI VIENE PERCEPITA QUALE DIFFICOLTOSA E SPIACEVOLE, A CUI CORRISPONDE UN AUMENTO DEL LAVORO RESPIRATORIO.

LE CAUSE POSSONO ESSERE MOLTEPLICI: OSTRUZIONE DELLE VIE AEREE, CRISI ANAFILATTICA, CRISI ASMATICA, M. CARDIACHE, TRAUMI, M. NEUROLOGICHE, INTOSSICAZIONE...

MALATTIE RESPIRATORIE

L'INSUFFICIENZA RESPIRATORIA SI HA QUANDO IL POLMONE NON PUÒ PIÙ ASSICURARE UN'ADEGUATA OSSIGENAZIONE DEL SANGUE ARTERIOSO.

LE CAUSE POSSONO ESSERE MOLTEPLICI:

ANOMALIE DEL SNC (DEPRESSIONE DEI CENTRI RESPIRATORI)

ES. BARBITURICI,

ALTERAZIONI DELLA TRASMISSIONE NEURO-MUSCOLARE

(ES. TETANO, BOTULINO),

ALTERAZIONI GABBIA TORACICA (ES. FRATTURE),

PATOLOGIE DEL POLMONE (ES. OSTRUZIONE VIE AEREE)

PATOLOGIE DI PERTINENZA PLEURICA (ES. PNX, VERSAMENTO PLEURICO)

MALATTIE RESPIRATORIE

SEGNI E SINTOMI

- DISPNEA
- SOFFOCAMENTO
- AFFANNO
- OPPRESSIONE TORACICA
- TOSSE
- SUDORAZIONE
- ALTERAZIONE DELLA COSCIENZA
- CIANOSI
- RUMORI RESPIRATORI PATOLOGICI
- FAME D'ARIA



COSA FARE?



SE IL PAZIENTE E' COSCIENTE:

- SICUREZZA E PROTEZIONE DELLA VITTIMA
- METODO A-B-C-D-E
- ALLERTARE IL NUE 112
- TRANQUILLIZARE L'INFORTUNATO
- FARGLI ASSUMERE LA POSIZIONE SEMISEDUTA, IN ATTESA DEI SOCCORSI
- ALLENTARE EVENTUALI INDUMENTI STRETTI SUL TORACE E INTORNO AL COLLO
- SE AL CHIUSO, AERARE ADEGUATAMENTE L'AMBIENTE
- MONITORARE LA VITTIMA (RESPIRO E POLSO) FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI

SE IL PAZIENTE E' INCOSCIENTE: VALUTAZIONE BLS

(CONTROLLA PRIMA LA FASE A-ARWAY LE VIE AEREE SE PRESENTE UNA CAUSA OSTRUTTIVA)

BLS

APPROCCIO INIZIALE

VALUTAZIONE PRIMARIA

METODO A B C D E

A (AIRWAY): VALUTA LA PERVIETA' DELLE VIE AEREE E SE POSSIBILE LIBERALE (ES. PRESENZA DENTIERA, VOMITO, ETC.)

B (BREATHING): VALUTA IL RESPIRO (ES. SE AFFANNATO O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA)- F.R. NORMALE 12-20 atti/min

C (CIRCULATION): VALUTA IL POLSO RADIALE O CAROTIDEO (ES. SE TROPPO VELOCE O LENTO)- F.C. NORMALE 60-100 bpm O ASSENTE E EVENTUALI EMORRAGIE VISIBILI

D (DISABILITY): VALUTA LO STATO NEUROLOGICO, SE LA VITTIMA E' CONFUSA E/O PRESENTA DELLE AMNESIE

E (EXPOSURE): VALUTA LA PRESENZA DI FERITE E/O TRAUMI VISIBILI

MALATTIE RESPIRATORIE

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA

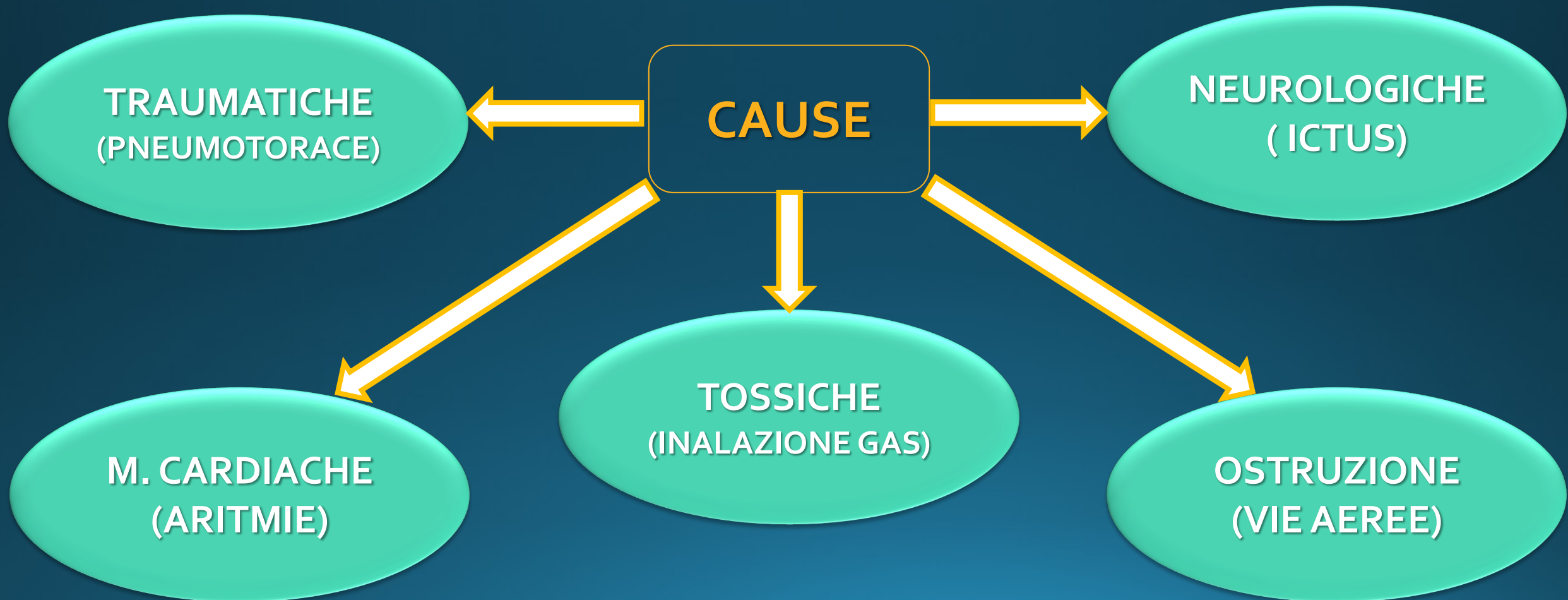
!ATTENZIONE!

L'IRA PUO' EVOLVERE IN ARRESTO RESPIRATORIO



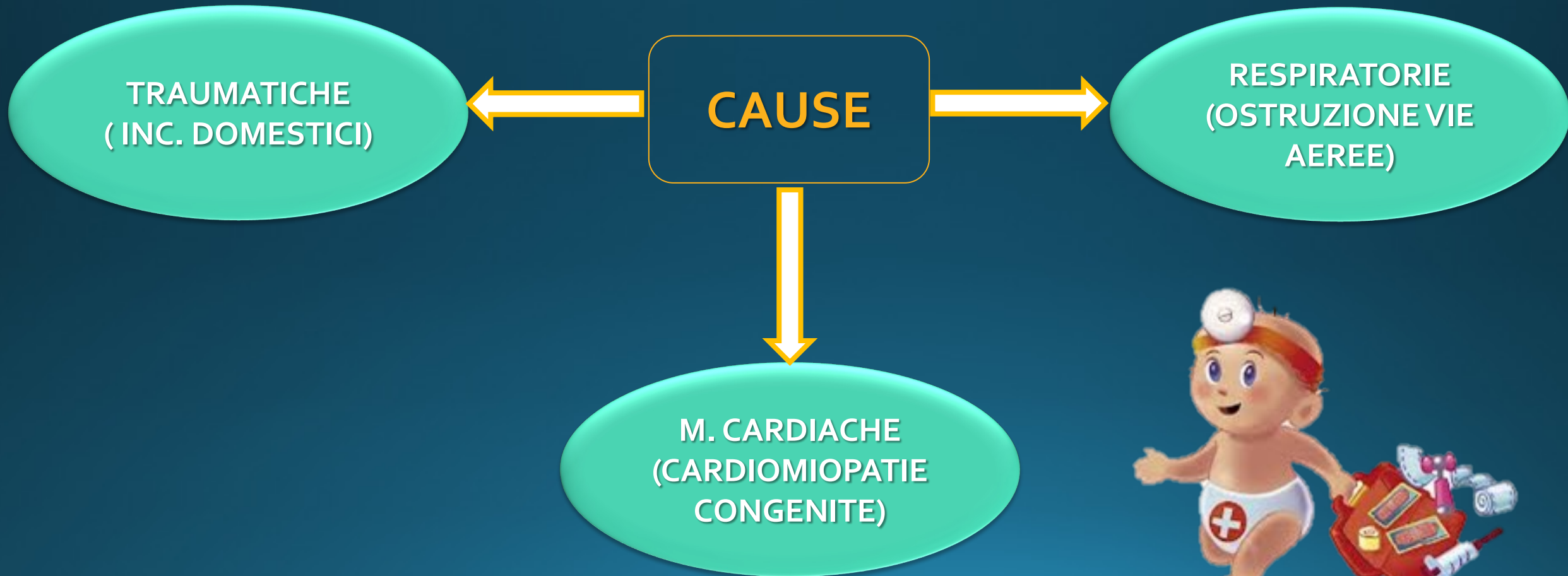
MALATTIE RESPIRATORIE

CAUSE DI ARRESTO RESPIRATORIO NELL'ADULTO



MALATTIE RESPIRATORIE

CAUSE DI ARRESTO RESPIRATORIO NEL PEDIATRICO



COSA FARE?

SE IL PAZIENTE E' IN ARRESTO RESPIRATORIO:



VALUTAZIONE BLS

NELL'ADULTO: 1 VENTILAZIONE OGNI 6 SECONDI CON POCKET MASK,
BOCCA-BOCCA, PALLONE AMBU

NEL PEDIATRICO: 1 VENTILAZIONE OGNI 2-3 SECONDI CON POCKET
MASK, BOCCA- BOCCA/NASO, PALLONE AMBU NEL LATTANTE DEVE
ESSERE MANTENUTA POSIZIONE NEUTRALE DEL CAPO

CONTROLLO IL POLSO OGNI 2 MINUTI, ASSENZA DI CIRCOLO

...RCP...!!!



MALATTIE RESPIRATORIE

CAUSE DI ARRESTO RESPIRATORIO

❑ L'ARIA NON ARRIVA AI POLMONI

OSTACOLO
PARALISI MUSCOLI RESPIRATORI
COMPRESSIONE TORACO-ADDOMINALE
ESTERNA
TRAUMA

❑ L'ARIA CHE ARRIVA È ALTERATA

CARENZA DI OSSIGENO
ECESSO DI ANIDRIDE CARBONICA
GAS TOSSICI

❑ ARRESTO CARDIACO

MALATTIE RESPIRATORIE

CAUSE DI ARRESTO RESPIRATORIO

OSTRUZIONE DA CORPO ESTRANEO

SE L'OSTRUZIONE È COMPLETA, IL SOGGETTO NON RESPIRA, NON TOSSISCE, NON PARLA; SI PORTA LE MANI ALLA GOLA, DIVENTA CIANOTICO E PERDE LA COSCIENZA



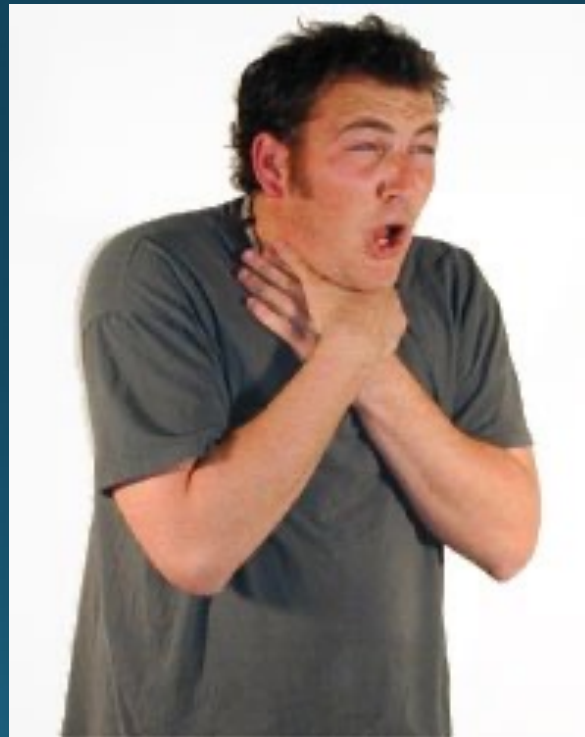
SE L'OSTRUZIONE È INCOMPLETA, IL SOGGETTO TOSSISCE E, PIANO PIANO, DOVREBBE RIPRENDERE A RESPIRARE NORMALMENTE;

MALATTIE RESPIRATORIE OSTRUZIONE DA CORPO ESTRANEO

SEGNI E SINTOMI

PORTARE LE
MANI ALLA GOLA

TOSSE



AGITAZIONE

STATO ASFITTICO

COSA FARE?

SE IL PAZIENTE E' COSCIENTE RESPIRA E TOSSISCE:

MANTIENI LA CALMA
INVITARE LA VITTIMA A TOSSIRE
ALLERTA O FAI ALLERTARE IL NUE 112



SE IL PAZIENTE E' COSCIENTE NON RESPIRA E NON TOSSISCE:

ESEGUI LA MANOVRA DI HEIMLICH
ALLERTA O FAI ALLERTARE IL NUE 112

SE IL PAZIENTE E' INCOSCIENTE:

VALUTAZIONE BLS
(CONTROLLA PRIMA LA FASE A-AIRWAY LE VIE AEREE)

MANOVRA DI HEIMLICH

ADULTO E BAMBINO COSCIENTE



Disostruzione adulto

Manovra
di
Heimlich



Disostruzione bambino

- POSIZIONARSI ALLE SPALLE DELLA VITTIMA E METTERE LE BRACCIA ATTORNO ALLA PARTE ALTA DELL'ADDOME AFFERRANDO IL PUGNO DI UNA MANO CON L'ALTRA E POGGIANDOLO TRA OMBELICO ED ESTREMITÀ DELLO STERNO;
- SPINGERE BRUSCAMENTE VERSO L'ALTO E ALL'INTERNO FINCHE' NON SI ESPELLE IL CORPO ESTRANEO OPPURE LA VITTIMA PERDE CONOSCENZA
- NELLA GRAVIDA SI COMPRIME IL TORACE

MANOVRA DI HEIMLICH

NEL LATTANTE COSCIENTE



Colpi interscapolari su un lattante



Compressioni toraciche su un lattante

N. 5 PACCHE INTERSCAPOLARI

PORRE IL PAZIENTE IN POSIZIONE PRONA SULL'AVAMBRACCIO DEL SOCCORRITORE, IN MODO DA CREARE UN PIANO RIGIDO.

- MANTENERE LA TESTA IN LEGGERA ESTENSIONE E PIÙ IN BASSO RISPETTO AL TRONCO.
- APPOGGIARE L'AVAMBRACCIO SULLA COSCIA.
- APPLICARE 5 VIGOROSI COLPI IN SEDE INTERSCAPOLARE.

MANOVRA DI HEIMLICH

NEL LATTANTE COSCIENTE



Colpi interscapolari su un lattante



Compressioni toraciche su un lattante

N. 5 COMPRESSIONI TORACICHE
PORRE IL PAZIENTE IN POSIZIONE PRONA SULL'AVAMBRACCIO DEL SOCCORRITORE, IN MODO DA CREARE UN PIANO RIGIDO.

- POSIZIONARE IL PAZIENTE IN POSIZIONE SUPINA SU UN PIANO RIGIDO (COME DESCRITTO PER LE PACCHE DORSALI).
- CERCARE IL PUNTO DI REPERE (2 DITA AL CENTRO DEL TORACE APPENA SOTTO LA LINEA DEI CAPEZZOLI);
- ESEGUIRE 5 VIGOROSE COMPRESSIONI TORACICHE CON LA FREQUENZA DI CIRCA 1 OGNI 3 SECONDI.

...SE LA VITTIMA PERDE COSCIENZA

ESEGUIRE LA PROCEDURA BLS

C-A-B

PROCEDERE ALLA VALUTAZIONE DELLE VIE AEREE NELLA FASE A,
PRIMA DI VENTILARE, SE IL CORPO ESTRANEO E' AFFIORANTE
FAVORIRE LA RIMOZIONE

VITTIMA INCOSCIENTE
PERVIETA' VIE AEREE
E RIMOZIONE CORPO ESTRANEO



- EFFETTUARE ESTENSIONE DEL CAPO, TRANNE SE SI SOSPETTA IL TRAUMA
- UNA MANO POSTA SULLA FRONTE CHE PREME ALL'INDIETRO PER ESTENDERE IL CAPO
- LA TRAZIONE DEL MENTO (METODO PREFERENZIALE PER I SOCCORRITORI INESPERTI)

VITTIMA INCOSCIENTE
PERVIETA' VIE AEREE
E RIMOZIONE CORPO ESTRANEO



RIMOZIONE CON LE DITA
INDICE E MEDIO COPERTE DA
UN PANNO, SE SI TRATTA DI
LIQUIDI, O UTILIZZATE COME
PINZA O UNCINO, SE SI TRATTA
DI SOLIDI. CON IL POLLICE
DELL'ALTRA MANO, TENERE
ABBASSATA LA LINGUA

PERVIETA' VIE AEREE E RIMOZIONE CORPO ESTRANEO

COSA NON FARE?

- NON** RUOTARE LATERALMENTE IL COLLO
- NON** FLETTERE IL COLLO
- NON** METTERE UN CUSCINO SOTTO LA TESTA



PREVENZIONE OSTRUZIONE VIE AEREE NEL BAMBINO

Alimenti pericolosi (categorie principali)	Età fino alla quale evitare l'alimento	Preparazione raccomandata
Alimenti di forma tondeggiante (es. uva, ciliegie, olive, mozzarelline, pomodorini, polpettine)		Tagliare in pezzi piccoli (circa 5 mm). Prestare attenzione nel rimuovere i semi e i noccioli.
Alimenti di forma cilindrica (es. wurstel, salsicce, carote)		Tagliare prima in lunghezza (a listarelle) e poi in pezzi più piccoli (circa 5mm), MAI a rondelle. Prestare attenzione nel rimuovere eventuali budelli o bucce.
Arachidi, semi e frutta secca a guscio	4/5 anni	Se comunque somministrati, tritare finemente o ridurre in farina.
Cereali in chicchi (es. orzo, mais, grano) e muesli		Tritare finemente/Utilizzare i cereali sotto forma di farina anziché di chicchi interi (dopo l'anno i bambini non dovrebbero più mangiare farine).

PREVENZIONE OSTRUZIONE VIE AEREE NEL BAMBINO

Alimenti pericolosi (categorie principali)	Età fino alla quale evitare l'alimento	Preparazione raccomandata
Burro di arachidi e altri alimenti della stessa consistenza		Spalmare uno strato sottile sul pane.
Frutta disidratata (es. uvetta sultanina)		Mettere a bagno/ammorbidire e tagliare finemente.
Alimenti che si rompono in pezzi duri e taglienti (es. cracker e biscotti di consistenza molto dura)		Ridurre in farina/sbriciolare (dopo l'anno i bambini non dovrebbero più mangiare farine).

PREVENZIONE OSTRUZIONE VIE AEREE NEL BAMBINO

Alimenti pericolosi (categorie principali)	Età fino alla quale evitare l'alimento	Preparazione raccomandata
Pezzi di frutta e verdura cruda, o solo parzialmente cotta, con consistenza dura (es. mela) e/o fibrosa (es. sedano, ananas)		Cuocere fino a quando raggiungono una consistenza morbida, o grattugiare finemente. Prestare attenzione nel rimuovere eventuali semi, noccioli, filamenti, e bucce
Verdure a foglia		Cuocere fino a quando raggiungono una consistenza morbida e tritare finemente. Qualora fossero consumate crude, sminuzzare finemente. Prestare attenzione nel rimuovere filamenti e nervature.

PREVENZIONE OSTRUZIONE VIE AEREE NEL BAMBINO

Alimenti pericolosi (categorie principali)	Età fino alla quale evitare l'alimento	Preparazione raccomandata
Carne, pesce		Cuocere fino a quando diventano morbidi e poi tagliare in pezzi piccoli. Prestare attenzione nel rimuovere nervature e filamenti, gli ossicini dalla carne, le lische dal pesce.
Salumi e prosciutto		Tagliare in pezzi piccoli (massimo 1 cm) da somministrare singolarmente
Alimenti (es. pane, biscotti) che contengano frutta secca, disidratata, cereali in chicchi		Tritare finemente o ridurre in farina.
Caramelle dure e gommosi, gelatine, marshmallow, gomme da masticare, popcorn, sfoglie di patate fritte croccanti (e snack simili)	4/5 anni	

PREVENZIONE OSTRUZIONE VIE AEREE NEL BAMBINO

REGOLE COMPORTAMENTALI

Il bambino deve mangiare a tavola, seduto con la schiena dritta.

Il bambino non deve mangiare mentre gioca, è distratto dalla tv o da videogiochi, corre o si trova in un veicolo in movimento (es. automobile).

Creare un ambiente rilassato e tranquillo.

Evitare distrazioni e non dare alimenti al bambino mentre sta piangendo o ridendo.

Provvedere alla sorveglianza/supervisione del bambino mentre mangia

Mai lasciare il bambino da solo mentre sta mangiando.

Incoraggiare il bambino a mangiare lentamente, a fare bocconi piccoli e a masticare bene prima di deglutire.

Non forzare il bambino a mangiare.

Dare al bambino alimenti appropriati al suo livello di sviluppo.

Non dare alimenti difficili da masticare o inappropriati al grado di maturazione del bambino.

PREVENZIONE OSTRUZIONE VIE AEREE NEL BAMBINO

LINEE DI INDIRIZZO PER LA PREVENZIONE DEL SOFFOCAMENTO DA
CIBO IN ETA' PEDIATRICA

(Giugno 2017)

MINISTERO DELLA SALUTE

www.salute.gov.it



MALATTIE RESPIRATORIE

ANNEGAMENTO

SI INTENDE LA MORTE PER ASFISSIA OCCORSA ENTRO LE 24H DA UN EPISODIO DI IMMERSIONE/SOMMERSIONE IN UN MEZZO LIQUIDO.

LA CONDIZIONE DELL'INDIVIDUO SOPRAVVISSUTO ALL'IMMERSIONE/SOMMERSIONE VIENE DEFINITA, **PRINCIPIO DI ANNEGAMENTO** E CONFIGURA UN QUADRO CLINICO DI GRAVE SOFFERENZA MULTIORGANICA DA IPOSSIA CON ELEVATO RISCHIO DOPO IL SALVATAGGIO DI MORTE



COSA FARE?

- SICUREZZA E PROTEZIONE DELLA VITTIMA
- ALLERTARE IL NUE 112
- VALUTAZIONE BLS



NEL CASO DELL'ACC DA CAUSA IPOSSIEMICA (ANNEGAMENTO) IL SOCCORRITORE PUO' PRATICARE CIRCA 5 CICLI (2 min) DI RCP PER DI ATTIVARE I SOCCORSI

MALATTIE RESPIRATORIE

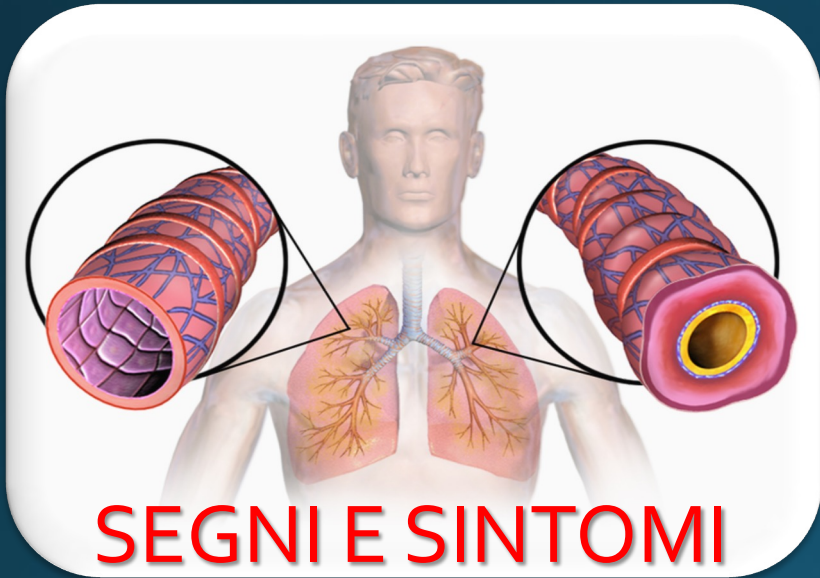
CRISI ASMATICA

CONDIZIONE CLINICA POLMONARE CARATTERIZZATA DA OSTRUZIONE REVERSIBILE DEL FLUSSO AEREO, INFIAMMAZIONE DELLE VIE AEREE ED AUMENTATA REATTIVITA' DELLE VIE AEREE (BRONCHIALE) AD UNA MOLTEPLICE SERIE DI STIMOLI CHE NO PROVOCANO ALCUN EFFETTO NEGLI INDIVIDUI NORMALI



MALATTIE RESPIRATORIE

CRISI ASMATICA



MALATTIE RESPIRATORIE

CRISI ASMATICA



COSA FARE?

SE IL PAZIENTE E' COSCIENTE:

- SICUREZZA E PROTEZIONE DELLA VITTIMA
- METODO A-B-C-D-E
- ALLERTARE IL NUE 112
- TRANQUILLIZARE L'INFORTUNATO
- FARGLI ASSUMERE LA POSIZIONE SEMISEDUTA, IN ATTESA DEI SOCCORSI
- ALLENTARE EVENTUALI INDUMENTI STRETTI SUL TORACE E INTORNO AL COLLO
- SE AL CHIUSO, AERARE ADEGUATAMENTE L'AMBIENTE
- MONITORARE LA VITTIMA
- CONSENTIRE L'INALAZIONE DI SALBUTAMOLO SE LA VITTIMA TIENE CON SE IL FARMACO



MALATTIE RESPIRATORIE

CRISI ANAFILATTICA



REAZIONE ALLERGICA IMMEDIATA NEI CONFRONTI DI UNA SOSTANZA,
CHE VIENE A CONTATTO CON L'ORGANISMO.

L'ANAFILASSI PUO' CAUSARE REAZIONI MODESTE, CON FENOMENI DI
FASTIDIO, NELLA MAGGIOR PARTE DEI CASI QUESTE SI AUTOLIMITANO.

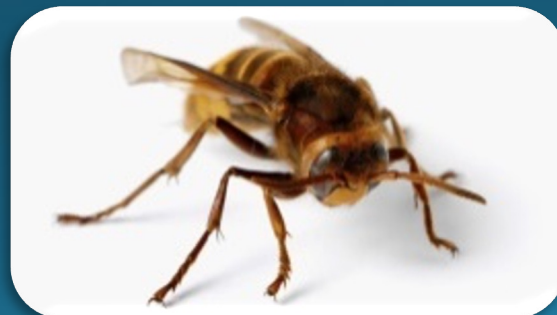
IN ALCUNI CASI LE REAZIONI ANAFILATTICHE, DIVENTANO VERE E
PROPRIE CRISI MINACCIOSE PER LA VITA, SE NON TRATTATE
TEMPESTIVAMENTE PERCHE' PORTANO LA VITTIMA ALL'ARRESTO
RESPIRATORIO CON CONSEGUENTE ARRESTO CARDIACO

MALATTIE RESPIRATORIE

CRISI ANAFILATTICA



CAUSE



MALATTIE RESPIRATORIE

CRISI ANAFILATTICA



MALATTIE RESPIRATORIE

CRISI ANAFILATTICA

SEGNI E SINTOMI



MALATTIE RESPIRATORIE

CRISI ANAFILATTICA

RAPIDA ANAMNESI

A- Anamnesi

- Presenza di precedenti reazioni o crisi anafilattiche o di asma bronchiale
- Allergie

C- Contatto

- Riferito contatto con la sostanza anafilattogena prima della comparsa della reazione o crisi

R- Rischio

- Patologie preesistenti come ipert. art., diabete, stroke, aritmie, cardiopatia

E- Età

- Età >40-50aa (precedenti sensibilizzazioni, patologie concomitanti)
- Giovani maggiormente esposti a reazioni alimentari
- Età <1aa (valutazione anamnestica non sempre appropriata, prima sensibilizzazione)

PERMETTE DI
CAPIRE LE
CONDIZIONI
CLINICHE E DI
AGEVOLARE I
SOCCORSI

COSA FARE?

SE IL PAZIENTE E' COSCIENTE:

- SICUREZZA E PROTEZIONE DELLA VITTIMA
- METODO A-B-C-D-E
- ALLERTARE IL NUE 112
- TRANQUILLIZARE L'INFORTUNATO
- FARGLI ASSUMERE LA POSIZIONE SEMISEDUTA E MONITORARE LA VITTIMA
- CONSENTIRE LA SOMMINISTRAZIONE DI ADRENALINA PREDOSATA INTRAMUSCOLARE



IN SITUAZIONI SPECIFICHE DI EMERGENZA POSSONO ESSERE NECESSARIE LA SOMMINISTRAZIONE DI β_2 -AGONISTI (SALBUTAMOLO) E ALTRI FARMACI CORTISONICI E ANTISTAMINICI

MALATTIE RESPIRATORIE

VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE

SEMPLIFICHIAMO

PAZIENTE INCOSCIENTE CON CIRCOLO E RESPIRA: PBLS

PAZIENTE COSCIENTE CON TRAUMA E RESPIRA: POSIZIONE SUPINA

PAZIENTE RESPIRA MALE PER ASMA O ANAFILASSI: POSIZIONE SEDUTA,
EVENTUALE VENTILAZIONE DI BASE (SE ARRESTO RESPIRATORIO)

PAZIENTE NON RESPIRA CON O SENZA TRAUMA: VENTILAZIONE DI BASE

PAZIENTE NON RESPIRA PER CORPO ESTRANEO:

- SE COSCIENTE MANOVRA DI HEIMLICH IN ORTOSTATISMO
- SE INCOSCIENTE BLS (ADULTO-BAMBINO-LATTANTE)
- SE LATTANTE COSCIENTE 5 PACCHE INTERSCAPOLARI E 5 COMPRESIONI TORACICHE

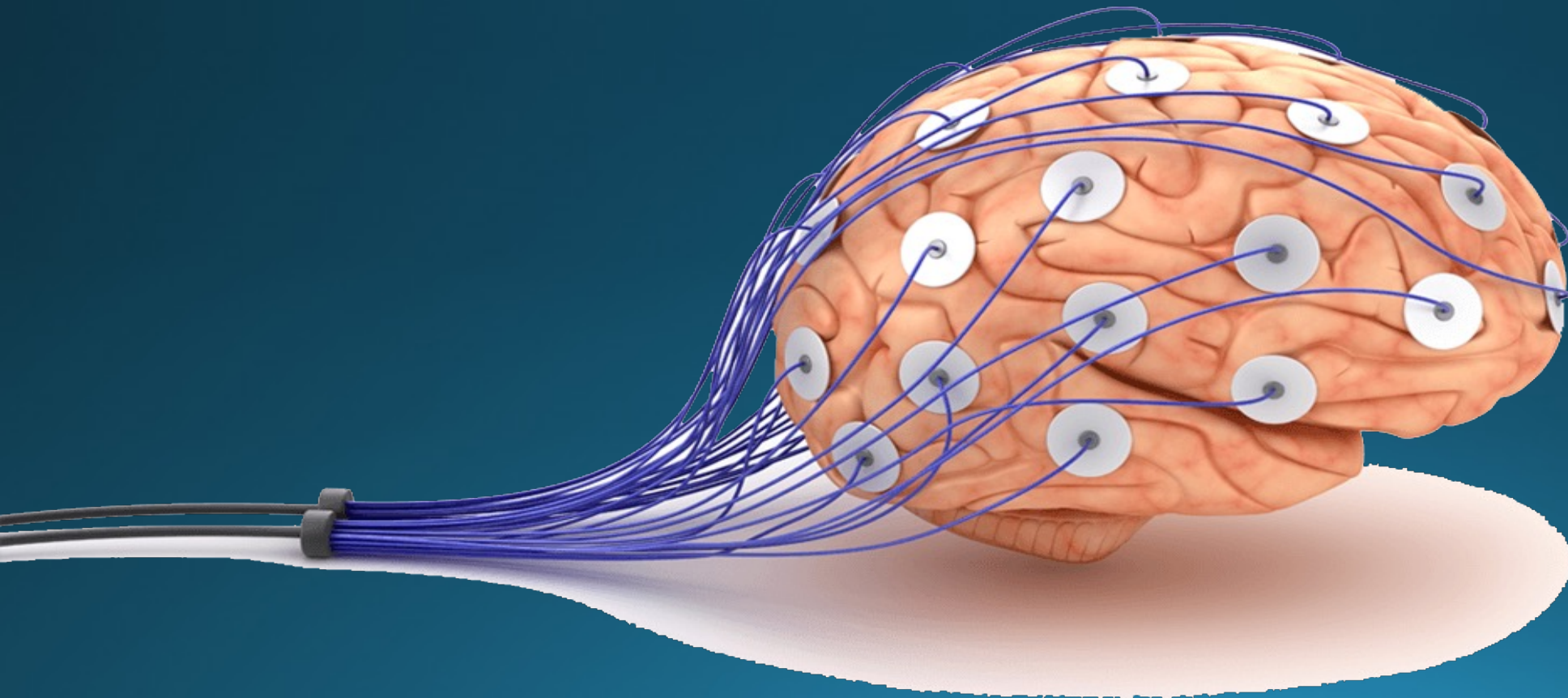


DOMANDE...



CENNI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA

SISTEMA CEREBRALE



CENNI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA

SISTEMA CEREBRALE

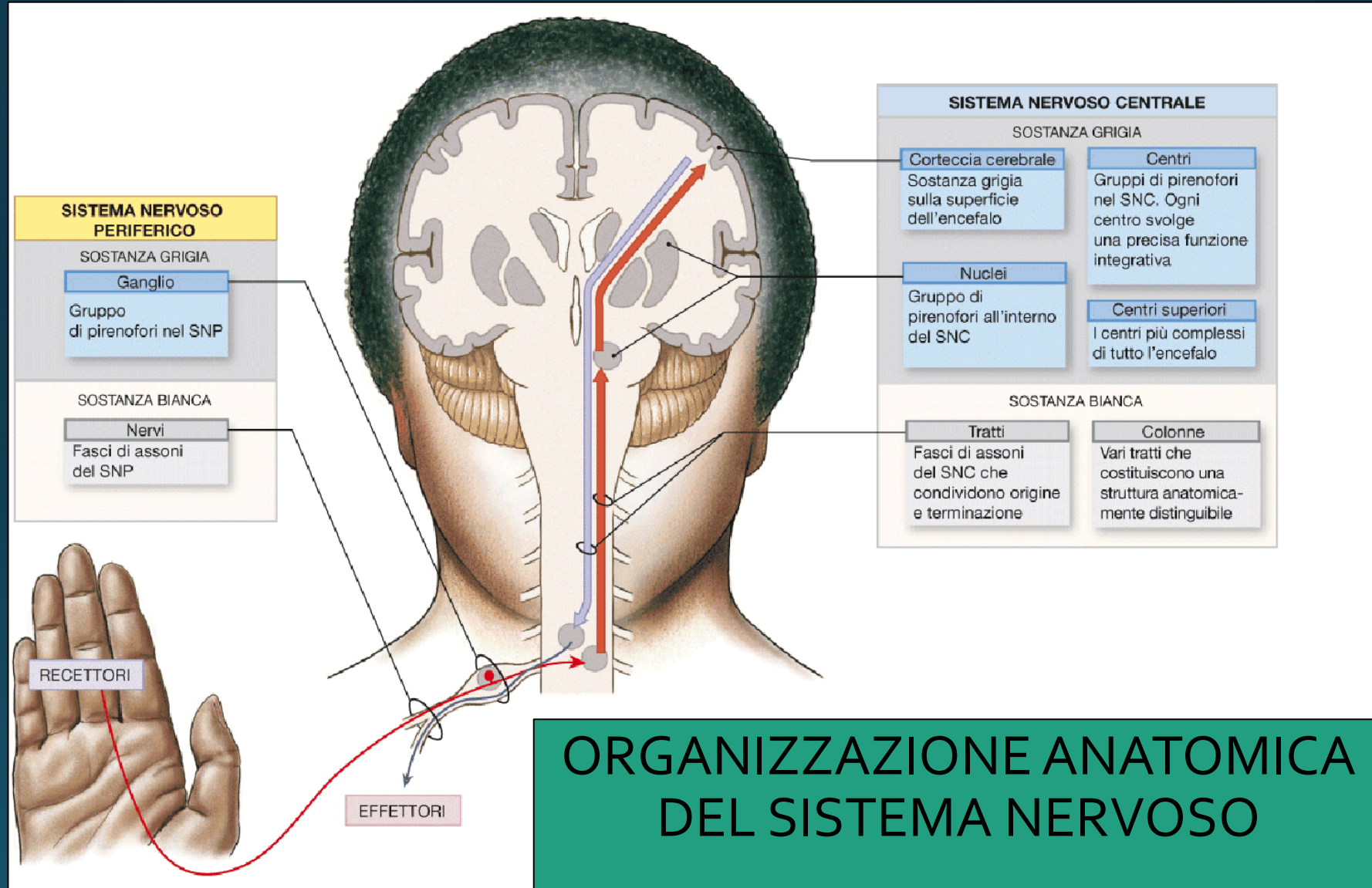


IL SISTEMA NERVOSO RAPPRESENTA L'INSIEME DELLE STRUTTURE CHE REGOLANO E CONTROLLANO OGNI ATTIVITÀ DEL CORPO UMANO, ED È SUDDIVISO IN :

- SISTEMA NERVOSO CENTRALE (CERVELLO E MIDOLLO SPINALE)
- SISTEMA NERVOSO PERIFERICO (NERVI SENSITIVI E MOTORI CHE COLLEGANO CERVELLO E MIDOLLO SPINALE A ORGANI, MUSCOLI, TESSUTI)
- SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO (COMPRESO ALL'INTERNO DELLE STRUTTURE DEL CERVELLO E DEL MIDOLLO SPINALE, INVIA NERVI AL CUORE, ALLE GHIANDOLE E AI VASI)

CENNI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA

SISTEMA CEREBRALE



ORGANIZZAZIONE ANATOMICA DEL SISTEMA NERVOSO

CENNI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA

SISTEMA CEREBRALE



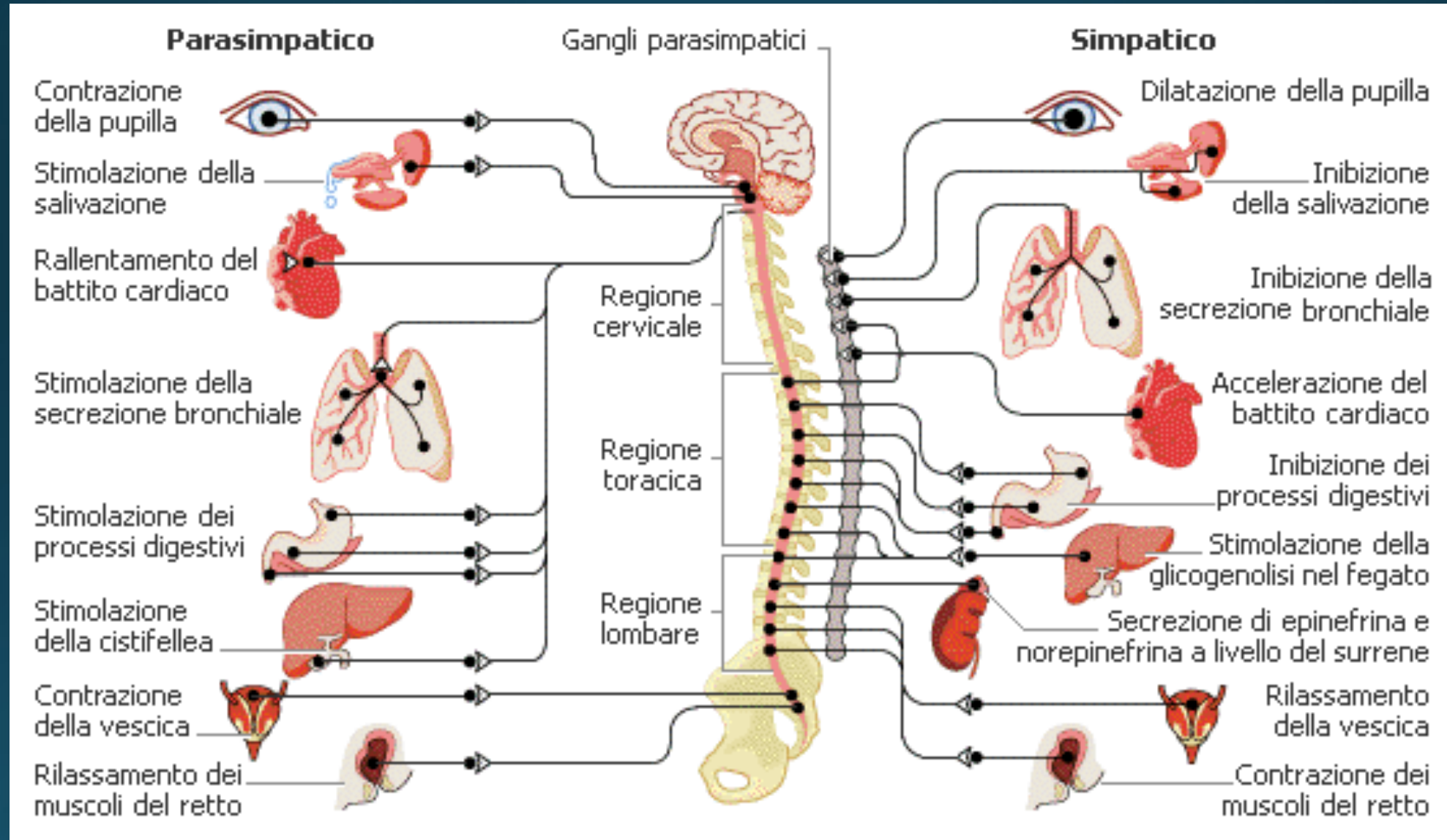
IL SISTEMA NERVOSO AUTONOMO O VEGETATIVO E' PARTE DEL SNA ED E' FORMATO DAL COMPARTIMENTO DEL SISTEMA SIMPATICO (DETTO COMBATTI O FUGGI), DAL SISTEMA PARASIMPATICO (DETTO FERMATI O RIPOSA), SISTEMA ENTERICO (CONTROLLA IL TRATTO INTESTINALE)

L'ATTIVAZIONE SIMPATICA PRODUCE EFFETTI COME: AUMENTO DELL'ATTENZION, SENSO DI ENERGIA E UFORIA, AUMENTO DELL'ATTIVITA' CARDIOVASCOLARE, RESPIRATORIA E DEL TONO MUSCOLARE.

L'ATTIVAZIONE PARASIMPATICA PRODUCE EFFETTI SONO INCENTRATI SUL RELAX, SULLA PROGRESSIONE DEL CIBO E L'ASSORBIMENTO DI ENERGIA

CENNI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA

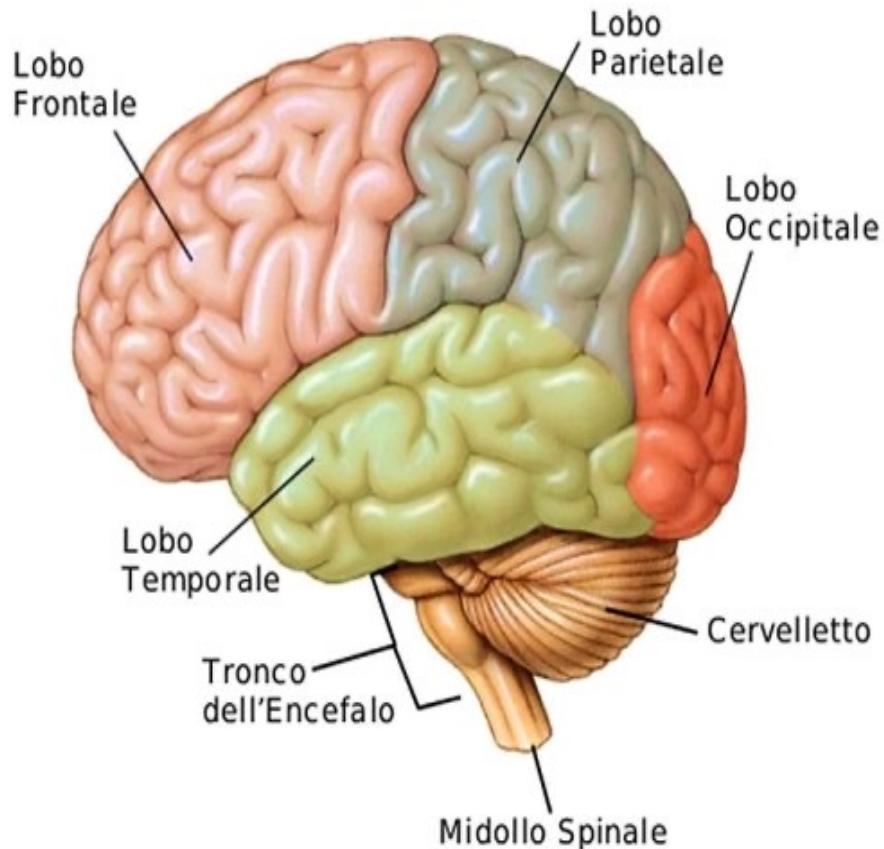
SISTEMA CEREBRALE



CENNI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA

STRUTTURA SISTEMA CEREBRALE

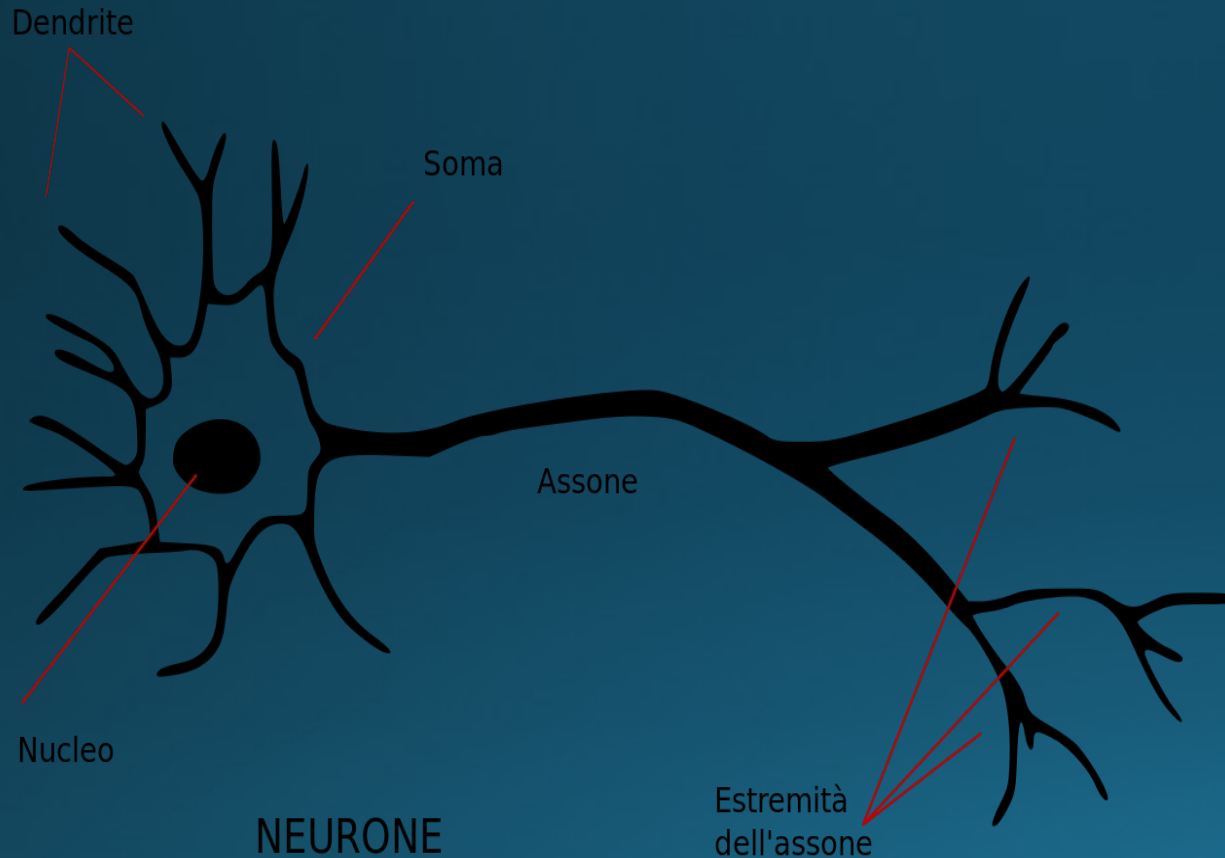
Visione esterna dell'Encefalo



- **CERVELLO: CENTRO DELLA COSCIENZA DELL'AUTOCOSCIENZA E DEL PENSIERO**
- **CERVELLETTO: RUOLO FONDAMENTALE NELLA COORDINAZIONE DEI MOVIMENTI E DELL'EQUILIBRIO**
- **TRONCO ENCEFALICO: CONTROLLA LE FUNZIONI VEGETATIVE COME LA FREQUENZA CARDIACA E RESPIRATORIA**

CENNI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA

STRUTTURA SISTEMA CEREBRALE

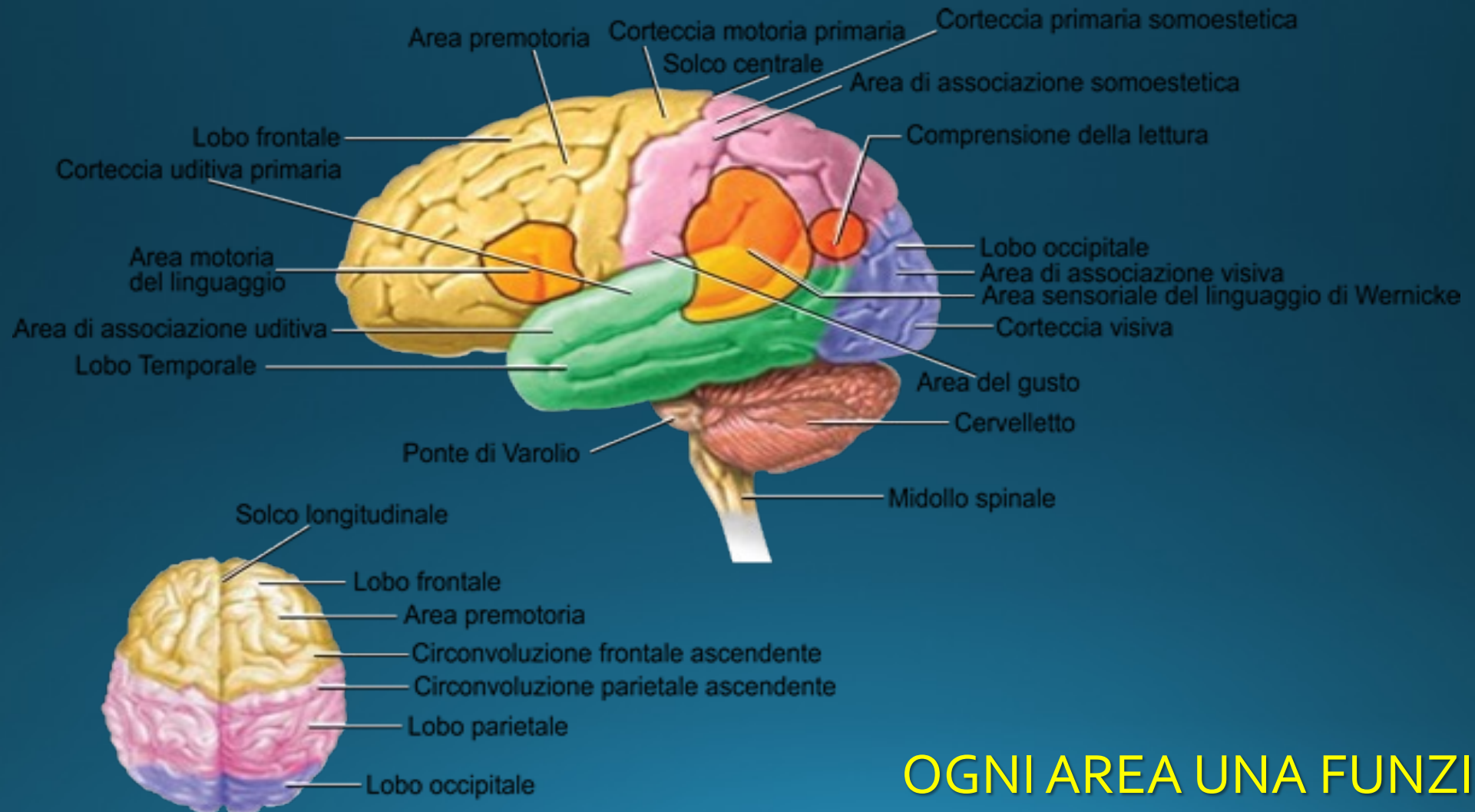


TUTTE QUESTE STRUTTURE
COME TUTTO IL SISTEMA
NERVOSO È COSTITUITO DA
MILIONI DI CELLULE CHE SI
CHIAMANO NEURONI.

I NEURONI SONO CELLULE
NERVOSE DEL CERVELLO
SENSIBILISSIME AI DANNI
ISCHEMICI, CIOÈ ALLA
MANCANZA DI OSSIGENO E UNA
VOLTA DISTRUTTE NON SI
RIGENERANO CREANDO DEI
DANNI IRREVERSIBILI!!!!!!

CENNI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA

STRUTTURA SISTEMA CEREBRALE



OGNI AREA UNA FUNZIONE

DISTURBI DELLA COSCIENZA

COSCIENZA: CONSAPEVOLEZZA DI SE' E DEL MONDO CIRCOSTANTE, SOMMA DI PROCESSI VARI COME: VIGILANZA, ATTENZIONE, MEMORIA, ETC.

VIGILANZA: STATO DI ATTIVAZIONE DEL CERVELLO, IN QUESTO STATO IL CERVELLO E' RECETTIVO AGLI STIMOLI INTERNI E ESTERNI (ES. OCCHI APERTI, CONTATTO CON L'AMBIENTE)

COMA: COMPROMISSIONE DELLA COSCIENZA DOVUTA A SOFFERENZE METABOLICHE O STRUTTURALI DEL CERVELLO, HA UNA DURATA DI 3°SETTIMANE DOPO DI CHE SUBENTRA LO STATO VEGETATIVO. INOLTRE E' CARATTERIZZATO DA ALTERAZIONI METABOLICHE E/O STRUTTURALI (INTERNE E ESTERNE)

DISTURBI DELLA COSCIENZA

CONFUSIONE-DELIRIUM: DISTURBO DELL'ATTENZIONE (RIDOTTA CAPACITÀ DI DIRIGERE, FOCALIZZARE, SOSTENERE E SPOSTARE L'ATTENZIONE) E DELLA CONSAPEVOLEZZA (RIDOTTO ORIENTAMENTO NELL'AMBIENTE), CHE SI SVILUPPA IN UN BREVE PERIODO DI TEMPO (SOLITAMENTE ORE O GIORNI), ASSOCIATO AD ALMENO UN ALTRO DEFICIT COGNITIVO (ES. DISTURBO DI MEMORIA, ORIENTAMENTO, LINGUAGGIO, ABILITÀ VISUOSPAZIALI, PERCEZIONE).

SONNOLENZA: SI RISVEGLIA CON STIMOLI VERBALI

STUPORE: SI RISVEGLIA SOLO CON STIMOLI INTENSI MECCANICI E/O DOLOROSI

DISTURBI DELLA COSCIENZA

STATO CLINICO	DEFINIZIONE	PRINCIPALI CARATTERISTICHE CLINICHE
COMA	PAZIENTE NON RESPONSIVO	OCCHI (ANCHE DOPO STIMOLI INTENSI), ASSENZA DI COSCIENZA DI SE E DELL'AMBIENTE, DURATA DELLA CONDIZIONE >1/h
STATO VEGETATIVO	STATO DI VEGLIA IN PRESENZA DI ASSENZA TOTALE DI QUALSIASI SEGNO DI COSCIENZA	APERTURA E CHIUSURA SPONTANEA DEGLI OCCHI, ASSENZA DI OGNI COMPORTAMENTO FINALIZZATO INCLUSO: MANCATA RISPOSTA A STIMOLI SENSORIALI; ASSENZA DI EVIDENZA DI CONSAPEVOLEZZA DI SE E DELL'AMBIENTE; ASSENZA DI COMPrensIONE DEL LINGUAGGIO E DELL'ESPRESSIONE

DISTURBI DELLA COSCIENZA

STATO CLINICO	DEFINIZIONE	PRINCIPALI CARATTERISTICHE CLINICHE
STATO DI MINIMA COSCIENZA	RISVEGLIABILE E PRESENZA DI SEGNI MINIMI MA RIPRODUCIBILI DI COSCIENZA	APERTURA E CHIUSURA SPONTANEA DEGLI OCCHI, PRESENZA DI MINIMI COMPORTAMENTI RIPRODUCIBILI E FINALIZZATI COME: RISPOSTE COORDINATE AGLI STIMOLI SENSORIALI; EVIDENZA DI CONSAPEVOLEZZA DI SE E DELL'AMBIENTE; COMPrensione DEL LINGUAGGIO E DELL'ESPRESSIONE
SINDROME DI LOCKED-IN	IMPOSSIBILITA' DI EFFETTUARE MOVIMENTI VOLONTARI	CAPACITA' DI COMUNICARE CON MOVIMENTI OCULARI: COSCIENZA CONSERVATA; INABILITA' MOTORIA COMPLETA O PARZIALE

DISTURBI DELLA COSCIENZA

LIPOTIMIA: SENSAZIONE DI IMMINENTE PERDITA DI COSCIENZA CON MALESSERE, SUDORAZIONE, PALLORE, DISTURBI VISIVI E Uditivi

SINCOPE: PERDITA IMPROVVISA E TRANSITORIA DELLA COSCIENZA E DEL TONO POSTURALE (12-20 secondi), CON RIPRISTINO DELLA STESSA IN MANIERA SPONTANEA, SENZA INTERVENTO ESTERNO.

PUO' AVERE CAUSE DA IPOPERFUSIONE CEREBRALE, GENESI EPILETTICA, METABOLICA, PSICOGENA (PSEUDOSINCOPE)

DISTURBI DELLA COSCIENZA

SEGNI E SINTOMI SINCOPE

SUDORAZIONE



VERTIGINE

NAUSEA

**DISTURBO
DEL VISUS**

DEBOLEZZA

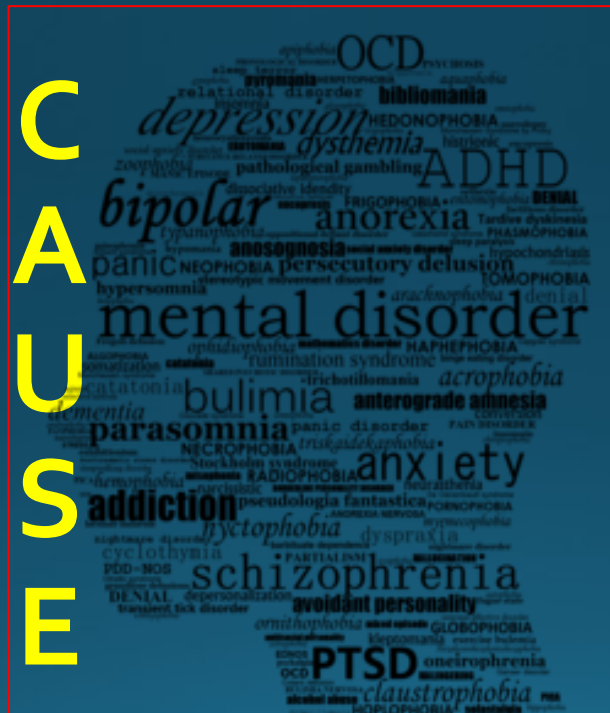
DISTURBI DELLA COSCIENZA

SINCOPE

CONVULSIVA
(ES.EPILESSIA)

NEUROLOGICHE
(ES.ICTUS)

ALTRE: VASOVAGALE,
IPERVENTILAZIONE,
ETC.



METABOLICHE
(IPOGLICEMIA)

CARDIACHE
(ES.SCA)

IPOVOLEMICA
(ES.SHOCK)

COSA FARE?

SE IL PAZIENTE E' COSCIENTE :

- PRESTARE SOCCORSO DOPO IL CONSENSO
- TRANQUILLIZZARE L'INFORTUNATO
- SICUREZZA E PROTEZIONE DELLA VITTIMA
- METODO A-B-C-D-E (CONTROLLO F.C. E F.R.)
- VALUTA PRESENZA DI TRAUMI O FERITE
- INVITARLO AL CONTROLLO MEDICO
- ASSISTERE



COSA FARE?

SE IL PAZIENTE E' COSCIENTE MA CONFUSO:

- PRESTARE SOCCORSO DOPO IL CONSENSO
- TRANQUILLIZZARE L'INFORTUNATO
- SICUREZZA E PROTEZIONE DELLA VITTIMA
- METODO A-B-C-D-E (CONTROLLO F.C., F.R. E HGT)
- VALUTA PRESENZA DI TRAUMI O FERITE
- INVITARLO AL CONTROLLO MEDICO
- EVENTUALE ALLERTA NUE 112
- ASSISTERE FINO ALL'ARRIVO DEI SANITARI
(NON SOMMINISTRARE SOLIDI O LIQUIDI)
- POSIZIONARE IL PAZIENTE SDRAIATO E CON LE GAMBE INNALZATE PER FAVORIRE IL MASSIMO APPORTO DI SANGUE AL CERVELLO

SE IL PAZIENTE E' INCOSCIENTE: VALUTAZIONE BLS
(SE PRESENTE CIRCOLO E RESPIRO POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA)



DISTURBI DELLA COSCIENZA

VALUTAZIONE COSCIENZA

SCALA AVPU

A: ALERT (VIGILE)

V: VOCAL (REAGISCE SE CHIAMATO)

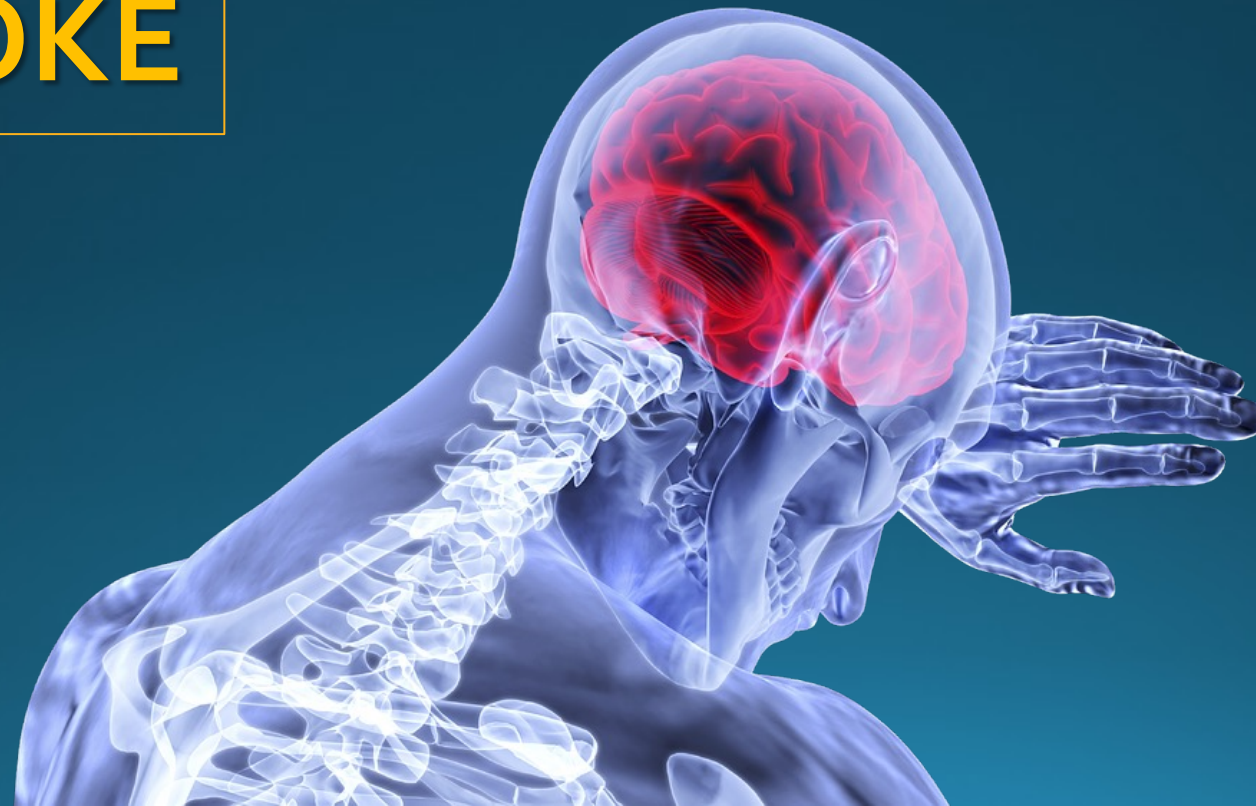
P: PAIN (REAGISCE ALLO STIMOLO DOLOROSO)

U: UNRESPONSIVE (NON RISPONDE AD ALCUNO STIMOLO)



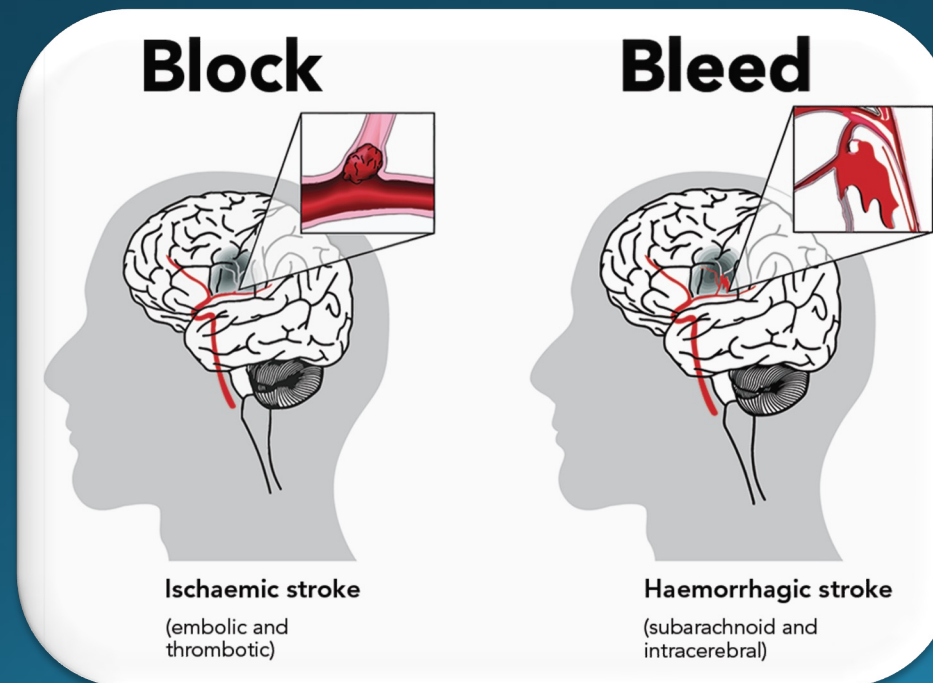
DISTURBI DELLA COSCIENZA

STROKE



DISTURBI DELLA COSCIENZA

STROKE: SI RIFERISCE AD UN DEFICIT NEUROLOGICO ACUTO CHE FA SEGUITO ALL'INTERRUZIONE E/O IPOPERFUSIONE DEL FLUSSO EMATICO AD UNA SPECIFICA AREA DEL CERVELLO

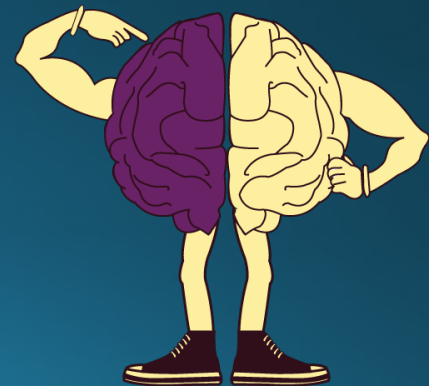


DISTURBI DELLA COSCIENZA

STROKE ISCHEMICO: CAUSATO DALL'OCCLUSIONE DI UN'ARTERIA DIRETTA A UNA REGIONE DEL CERVELLO (TERAPIA TROMBOLISI)

STROKE EMORRAGICO: CAUSATA DALLA ROTTURA DI UN VASO SANGUIGNO CEREBRALE CHE PROVOCA EMORRAGIA NEL TESSUTO CIRCOSTANTE (TERAPIA NEUROCHIRURGICA)

TIA (ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO): IMPROVVISO EPISODIO TRANSITORIO DI DISFUNZIONE NEUROLOGICA CAUSATO DA ISCHEMIA CEREBRALE CON COMPARSA DI SEGNI E SINTOMI DI DEFICIT FOCALE, CEREBRALE O VISIVO DI DURATA $< 24/h$ SENZA EVIDENZA DI DANNO ISCHEMICO ACUTO



DISTURBI DELLA COSCIENZA

FATTORI DI RISCHIO

NON MODIFICABILI

ETA'

SESSO

PREDISPOSIZIONE FAMILIARE

MODIFICABILI

IPERTENSIONE ARTERIOSA

DIABETE MELLITO

DISLIPIDEMIE

FUMO

OBESITA'

ALCUNE MALATTIE CARDIACHE (ES. FA)

DISTURBI DELLA COSCIENZA

SEGNI E SINTOMI

DISARTRIA

VERTIGINE

PARESTESIA

FORTE CEFALEA

AFASIA

IPOASTENIA

DISEQUILIBRIO

PARESTESIA



DISTURBO
DEL VISUS

COSA FARE?



SE IL PAZIENTE E' COSCIENTE:

- SICUREZZA E PROTEZIONE DELLA VITTIMA
- METODO A-B-C-D-E (VALUTAZIONE FUNZIONI VITALI E HGT)
- VALUTAZIONE NEUROLOGICA
- VALUTAZIONI DI TRAUMI E/O FERITE
- EVENTUALE ALLERTA N112
(IMPORTANTE COMUNICARE IL TEMPO D'INSORGENZA SEGNI E SINTOMI STROKE)
- ASSISTERE FINO ALL'ARRIVO DEI SANITARI (NON SOMMINISTRARE SOLIDI O LIQUIDI)

SE IL PAZIENTE E' INCOSCIENTE: VALUTAZIONE BLS
(SE PRESENTE CIRCOLO E RESPIRO POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA)

DISTURBI DELLA COSCIENZA

SCALA NEUROLOGICA



F
Has their **FACE** drooped?

A
Can they lift both **ARMS?**

S
Is their **SPEECH** slurred and do they understand you?

T
Call 000, **TIME** is critical



DISTURBI DELLA COSCIENZA

**LO STROKE COME L'INFARTO RAPPRESENTANO UNA
PATOLOGIA TEMPO DIPENDENTE**



DISTURBI DELLA COSCIENZA

CRISI EPILETTICA



DISTURBI DELLA COSCIENZA

CRISI EPILETTICA: SI RIFERISCE AD UNA TRANSITORIA COMPARSA DI SEGNI E SINTOMI DOVUTA AD UN'ATTIVITA' NEURONALE ANOMALA, ECCESSIVA E/O SINCRONA AL LIVELLO CEREBRALE

STATO EPILETTICO: SITUAZIONE CLINICA IN CUI UNA CRISI EPILETTICA SI PROLUNGA PER PIU' DI 20 minuti O NELLA QUALE LE CRISI SI RIPETONO A INTERVALLI BREVISSIMI (INFERIORI AL MINUTO) IN MODO DA RAPPRESENTARE UNA CONDIZIONE EPILETTICA CONTINUA

DISTURBI DELLA COSCIENZA

EPILESSIA

TRAUMI CRANICI

TUMORI CEREBRALI

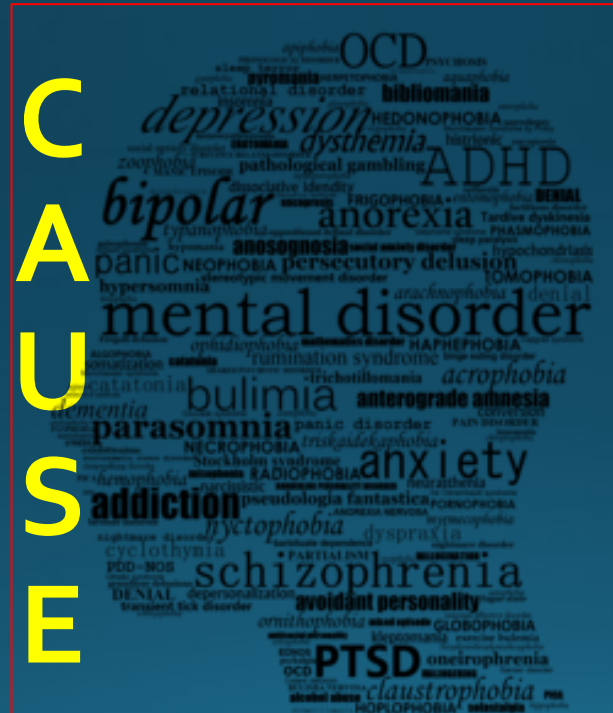
PATOLOGIE
CEREBROVASCOLARI

INFEZIONI SNC

DISTURBI METABOLICI

SOSTANZE TOSSICHE

C
A
U
S
E



DISTURBI DELLA COSCIENZA

CLASSIFICAZIONE CRISI EPILETTICHE



- **PARZIALE SEMPLICE o FOCALE** (IRRIGIDIMENTO O SPASMO DI UNA PARTE DEL CORPO, AURA CON PERCEZIONE DI ODORI, LUCI, SENZA PERDITA DI COSCIENZA)
- **PARZIALE COMPLESSA** (CRISI PARZIALE SEMPLICE + AUTOMATISMI ORALI O GESTUALI, SGUARDO VITREO, CONFUSIONE, SENZA PERDITA DI COSCIENZA)
- **GENERALIZZATA TONICO-CLONICA** (PERDITA DI COSCIENZA) - FASE TONICA DI RIGIDITÀ, POSSIBILE APNEE E LESIONI DELLA LINGUA - FASE CLONICA CON SPASMI VIOLENTI DEL CORPO E BAVA ALLA BOCCA - FASE POSTCRITICA CON SONNOLENZA E STATO CONFUSIONALE
- **GENERALIZZATA CON ASSENZA** (BREVE DURATA, CON PERDITA TEMPORANEA DI CONSAPEVOLEZZA, SENZA CADUTA AL SUOLO, PUÒ ANCHE PASSARE INOSSERVATA)

DISTURBI DELLA COSCIENZA



CRISI CONVULSIVE NEL BAMBINO

SPASMI INFANTILI: SONO CONVULSIONI PRIMITIVAMENTE GENERALIZZATE, DELLA DURATA DI POCHI SECONDI E RECIDIVANTI, CARATTERIZZATE DA FLESSIONE IMPROVVISA DELLE BRACCIA, FLESSIONE IN AVANTI DEL TRONCO ED ESTENSIONE DEGLI ARTI INFERIORI. SI MANIFESTANO NEI PRIMI 3 ANNI DI VITA IN CONCOMITANZA CON ALTRE ANOMALIE DELLO SVILUPPO



DISTURBI DELLA COSCIENZA



CRISI CONVULSIVE NEL BAMBINO

CONVULSIONI FEBBRILI: SONO FREQUENTI IN ETA' PEDIATRICA TRA I BAMBINI DAI 3 MESI AI 5 ANNI DI ETA'.

- LE CRISI CONVULSIVE FEBBRILI **SEMPLICI** SONO SINGOLE, GENERALIZZATE, DI DURATA < 15 min, NON RICORRONO NELLE 24/h E NON PRESENTANO DEFICIT POST-CRITICI;
- **COMPLICATE** SONO FOCALI, DURANO > 15 min O RECIDIVANO 2 PIU' VOLTE IN MENO DI 24/h E SONO ACCOMPAGNATE DA DEFICIT POST-CRITICO
- **COMPLESSE** AL PRIMO EPISODIO E NELLE SUCCESSIVE RECIDIVE TENDONO A RIPETERSI SOPRATTUTTO PER LA DURATA > 15 min. PATOLOGIE VIRALI SONO LA CAUSA PIU' FREQUENTE ALL'ORIGINE DELLA FEBBRE E DELLE CONVULSIONI, TUTTAVIA POSSONO ESSERCI ANCHE INFEZIONI A CARICO DEL SNC

COSA FARE?



FARMACO DI SCELTA NELLE CRISI CONVULSIVE PEDIATRICHE

MICROPAM (DIAZEPAM) PER VIA ENDORETTALE

POSOLOGIA:

BAMBINI FINO A TRE ANNI: 5 MG. BAMBINI OLTRE I 3 ANNI: 10MG.

ADULTI: 10 MG. PAZIENTI ANZIANI E DEBILITATI: 5 MG.

SE NECESSARIO, LA DOSE POTREBBE ESSERE RIPETUTA. NEL CASO DI SOMMINISTRAZIONE RIPETUTA NEI BAMBINI, MONITORARE LA RESPIRAZIONE. NEI BAMBINI DI ETA' INFERIORE AD UN ANNO, DIAZEPAM POTREBBE ESSERE USATO COME PROFILASSI INTERMITTENTE DI CONVULSIONI FEBBRILI. LA DOSE USUALE E' 0,5-1 MG/KG, FINO DOSE MAX DI 10 MG, RIPETIBILE DOPO 10 MIN

COSA FARE?



FARMACO DI SCELTA NELLE CRISI CONVULSIVE PEDIATRICHE

MICROPAM (DIAZEPAM) PER VIA ENDORETTALE

CONTROINDICAZIONI: MIASTENIA GRAVIS. APNEA DA SONNO. GRAVE INSUFFICIENZA EPATICA. DEPRESSIONE RESPIRATORIA ACUTA. IPERSENSIBILITA' VERSO I COMPONENTI O VERSO ALTRE SOSTANZE STRETTAMENTE CORRELATE DAL PUNTO DI VISTA CHIMICO. GRAVIDANZA. ALLATTAMENTO.



COSA FARE?



CRISI EPILETTICA FOCALE COMPLESSA:

- NON CERCARE DI FERMARE O TRATTENERE IL SOGGETTO
- LASCIA EVOLVERE LIBERAMENTE LA CRISI
- ALLONTANALO DA OGGETTI E SITUAZIONI PERICOLOSE
- ASPETTA CON PAZIENZA LA RIPRESA DEL CONTATTO SENZA FORZARE IL SOGGETTO CON PAROLE O ATTI
- NON LASCIARE SOLO IL SOGGETTO FINO ALLA COMPLETA RIPRESA

DURANTE LA CRISI : LA PERSONA PUÒ AVERE SGUARDO FISSO, DARE RISPOSTE INADEGUATE, SEDERSI, ALZARSI, AGGIRARSI SENZA FINALITÀ, MASTICARE, DEGLUTIRE...

COSA FARE?

CRISI EPILETTICA GENERALIZZATA TONICO-CLONICA

- MANTIENI LA CALMA
- RICORDA CHE ANCHE SE IL SOGGETTO SI AGITA MOLTO NON SOFFRE
- LASCIA EVOLVERE LIBERAMENTE LA CRISI
- VIA OCCHIALI METTI QUALCOSA DI MORBIDO SOTTO LA TESTA
- RUOTA IL SOGGETTO SU UN FIANCO
- NON INTRODURRE NULLA TRA I DENTI, NON CERCARE DI APRIRE LA BOCCA ALLONTANA LE FONTI DI PERICOLO (SPIGOLI, VETRI, ELETTRICITÀ, ETC.) ASPETTA CON PAZIENZA LA RIPRESA DEL CONTATTO SENZA FORZARE IL SOGGETTO CON PAROLE O ATTI

DURANTE LA CRISI : LA PERSONA PUÒ AVERE CADUTA, RIGIDITA' E SCOSSE



SEMPLIFICHIAMO

DURANTE LA CRISI:

- SICUREZZA E PROTEZIONE DELLA VITTIMA DA POSSIBILI LESIONI

DOPO LA CRISI:

- VERIFICARE LO STATO DI COSCIENZA (AVPU)
- METODO A-B-C-D-E (CONTROLLO F.C. E F.R.)
- VALUTA PRESENZA DI TRAUMI O FERITE
- ALLERTA NUE 112
- ASSISTERE FINO ALL'ARRIVO DEI SANITARI
(NON SOMMINISTRARE SOLIDI O LIQUIDI)

**SE IL PAZIENTE E' INCOSCIENTE: VALUTAZIONE BLS
(SE PRESENTE CIRCOLO E RESPIRO POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA)**



DOMANDE...



PATOLOGIA METABOLICA

IPOGLICEMIA



PATOLOGIA METABOLICA

IPOGLICEMIA: SI INTENDE UNA DIMINUZIONE DELLA CONCENTRAZIONE EMATICA DI GLUCOSIO SOTTO UN VALORE SOGLIA (< 70 MG/DL), MENTRE UNA CRISI IPOGLICEMIA COMPARE QUANDO LA GLICEMIA E' < 50 mg/dl.

L'IPOGLICEMIA SE NON RICONOSCIUTA PUO' CAUSARE DANNI NEUROLOGICI PERMANENTI AL LIVELLO CEREBRALE



PATOLOGIA METABOLICA

CHE COSA SUCCEDDE NELL'IPOGLICEMIA?

IL METABOLISMO CEREBRALE È TOTALMENTE DIPENDENTE DAI LIVELLI EMATICI DI GLUCOSIO, POICHÉ L'ENCEFALO NON È IN GRADO DI PRODURLO NÉ DI IMMAGAZZINARLO.

LA CONCENTRAZIONE EMATICA DEL GLUCOSIO È DETERMINATA DALLA AZIONE DELL'INSULINA E DEGLI ORMONI CONTROREGOLATORI IPERGLICEMIZZANTI QUALI GH, GLUCAGONE, ADRENALINA, CORTISOLO.

UN RELATIVO O ASSOLUTO ECCESSO DI INSULINA DETERMINA UN ABBASSAMENTO DELLA GLICEMIA.

PATOLOGIA METABOLICA

IPOGLICEMIA LIEVE	IPOGLICEMIA MODERATA	IPOGLICEMIA GRAVE
<p>CARATTERIZZATA DA SEGNI E SINTOMI NEUROLOGICI AUTONOMICI COME:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ TREMORI✓ TACHICARDIA✓ DIAFORESI	<p>AL QUADRO TIPICO DELL'IPOGLICEMIA LIEVE SI ASSOCIANO:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ CEFALEA✓ CONFUSIONE MENTALE✓ DIFFICOLTÀ NELL'ELOQUIO✓ DOVUTI AL RIDOTTO APPORTO DI GLUCOSIO ALL'ENCEFALO	<p>DOMINA LA RIDUZIONE DEL LIVELLO DI COSCIENZA FINO AL COMA</p>

COSA FARE?

SE IL PAZIENTE E' COSCIENTE :

- PRESTARE SOCCORSO DOPO IL CONSENSO
- SICUREZZA E PROTEZIONE DELLA VITTIMA
- TRANQUILLIZZARE L'INFORTUNATO
- METODO A-B-C-D-E
- SE POSSIBILE CONTROLLO LA GLICEMIA
- SE LA VITTIMA E' IN GRADO DI ALIMENTARSI SOMMINISTRARE GLUCOSIO PER BOCCA
- INVITARLO AL CONTROLLO MEDICO
- ASSISTERE E MONITORARE



COSA FARE?



TRATTAMENTO CON GLUCOSIO

SE IL PAZIENTE È IN GRADO DI ALIMENTARSI (IPOGLICEMIA LIEVE E MODERATA), DEVONO ESSERE SOMMINISTRATI CARBOIDRATI PER BOCCA SULLA BASE DELLA "REGOLA DEL 15", INIZIALMENTE 15 GRAMMI DI ZUCCHERO, EQUIVALENTI A 3 BUSTINE. L'ASSUNZIONE DI 15 GRAMMI DI ZUCCHERO DOVREBBE INNALZARE LA GLICEMIA DI CIRCA 38 MG/DL.

TALE TRATTAMENTO ANDRÀ RIPETUTO OGNI 15 MINUTI FINO A QUANDO LA GLICEMIA NON RISULTERÀ > 100 MG/DL IN 2 DETERMINAZIONI A DISTANZA DI 15 MINUTI, DATO CHE PORTERÀ A CONSIDERARE RISOLTA LA IPOGLICEMIA.



DOMANDE...



PATOLOGIA DA INTOSSICAZIONE



PATOLOGIA DA INTOSSICAZIONE

INTOSSICAZIONE: SI DEFINISCE INTOSSICAZIONE ACUTA L'INSIEME DEI DISTURBI E DEI DANNI PROVOCATI NELL'ORGANISMO DALL' ASSUNZIONE E/O DAL CONTATTO, IMPROVVISI E DI BREVE DURATA, CON SOSTANZE TOSSICHE

PATOLOGIA DA INTOSSICAZIONE

LE INTOSSICAZIONI POSSONO ESSERE DI VARI TIPI IN BASE ALLA VIA D'ASSUNZIONE DELL'AGENTE TOSSICO

INGESTIONE	INALAZIONE	VIA PARENTERALE	CONTATTO CUTANEO	CONTATTO CON CONGIUNTIVA E OCCHI
L'ASSUNZIONE AVVIENE PER ASSORBIMENTO ATTRAVERSO L'APPARATO DIGERENTE (VOLONTARIA O MENO)	L'INGRESSO DELLA SOSTANZA AVVIENE ATTRAVERSO LE VIE AEREE: È IL MECCANISMO TIPICO DEI GAS, DEI VAPORI E DELLE POLVERI.	ATTRAVERSO INIEZIONE DIRETTA NEL SANGUE O NEL SISTEMA LINFATICO (INIEZIONI, PUNTURE DI INSETTO)	GLI EFFETTI TOSSICI SONO LEGATI ALL'AZIONE DIRETTA DI SOSTANZE IRRITANTI O CORROSIVE E ALL' ASSORBIMENTO ATTRAVERSO LA PELLE	(ANILINA, CIANURO, DIOSSINA, INSETTICIDI).

PATOLOGIA DA INTOSSICAZIONE

SEGNI E SINTOMI

INGESTIONE	INALAZIONE	VIA PARENTERALE	CONTATTO CUTANEO
DOLORE ALLA DEGLUTIZIONE (SE CAUSTICI O ACIDI); USTIONI ALLA BOCCA E ALL'ESOFAGO (SE CAUSTICI O ACIDI); SALIVAZIONE ECCESSIVA O SCHIUMOSA; DOLORI ADDOMINALI; NAUSEA E VOMITO; DIARREA	BRUCIORE AGLI OCCHI; IRRITAZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE CON BRUCIORE A BOCCA, NASO, GOLA E TORACE ; TOSSE E SENSO DI SOFFOCAMENTO; DISPNEA ;CIANOSI; DIARREA PER INALAZIONE DI INSETTICIDI	REAZIONE LOCALE NEL PUNTO DI PENETRAZIONE: GONFIORE, ERITEMA, PRURITO DIFFUSO, BRUCIORE O DOLORE	PRURITO; LESIONI CUTANEE IRRITATIVE (ERITEMA, USTIONI) O ALLERGICHE (EDEMA, ERITEMA, VESCICHE)

COSA FARE?



- SICUREZZA E PROTEZIONE DELLA VITTIMA
(SE SOSTANZE TOSSICHE E PERICOLOSE ALLERTA VVF)
- METODO A-B-C-D-E (FUNZIONI VITALI)
- VALUTA AGENTE TOSSICO
(VIE DI PENETRAZIONE, QUANTITA' E TEMPO DI ESPOSIZIONE DEL TOSSICO)
- RACCOGLI INFORMAZIONI (TIPO DI SOSTANZA)
- ALLERTA N° 112 E SE POSSIBILE IL CENTRO ANTIVELENI
- ASSISTERE FINO ALL'ARRIVO DEI SANITARI

COSA FARE?



TRATTAMENTO TOSSICI INGERITI:

PROVOCARE IL VOMITO STIMOLANDO LA FARINGE CON UN DITO O CON FARMACO IPECACUANA SCIROPPO (PER VIA ORALE):

NON FARLO SE IL PAZIENTE HA INGERITO: CAUSTICI (AGGRAVA LE LESIONI ESOFAGEE) SOSTANZE SCHIUMOGENE (RISCHIO INALAZIONE SCHIUMA) DERIVATI DAL PETROLIO O SOLVENTI (CAUSANO LESIONI POLMONARI) NON CONOSCI LA NATURA DEL TOSSICO

SE IL PAZIENTE E' SEMI-COSCIENTE E/O INCOSCIENTE:

VALUTAZIONE BLS, NON SOMMISTRARE NULLA PER BOCCA, ASSISTERE LA VITTIMA SE VOMITA SPONTANEAMENTE (SE PRESENTE CIRCOLO E RESPIRO POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA)

COSA FARE?



TRATTAMENTO TOSSICI INALATI

- SICUREZZA E PROTEZIONE DELLA VITTIMA
(SE SOSTANZE TOSSICHE E PERICOLOSE ALLERTA VVF)
- INDOSSARE MASCHERINA E ALTRI DPI
- ALLONTANARE IL PAZIENTE DALLA FONTE TOSSICA
- METODO A-B-C-D-E (FUNZIONI VITALI)
- ALLERTA NUE 112
- SE COSCIENTE MOBILIZZA LA VITTIMA SEMISEDUTA, SE INCOSCIENTE DOPO VALUTAZIONE BLS (PBLS- SE CIRCOLO E RESPIRA)
- ASSISTERE FINO ALL'ARRIVO DEI SANITARI
- SE POSSIBILE SOMMINISTRARE OSSIGENO ALTI FLUSSI

COSA FARE?



TRATTAMENTO TOSSICI DA CONTATTO

- INDOSSARE GUANTI E ALTRI DPI
- ALLONTANARE IL PAZIENTE DALLA FONTE TOSSICA (RIMUOVI INDUMENTI CONTAMINATI)
- LAVARE LA PARTE COLPITA CON ACQUA CORRENTE O S.F. PER 10 min
- NON APPLICARE CREME, POMATE O COLLIRI
- TRATTARE LE EVENTUALI USTIONI ASSOCIATE
- NON USARE ALTRE SOSTANZE CHIMICHE PER RIMUOVERE IL TOSSICO
- SE SONO COLPITI GLI OCCHI, LAVA CON FISIOLGICA IN UNA SIRINGA PER 20 MIN, NON IN CASO DI CALCE SECCA
- ALLERTA NUE 112 E RIVOLGITI IN PRONTO SOCCORSO



DOMANDE...



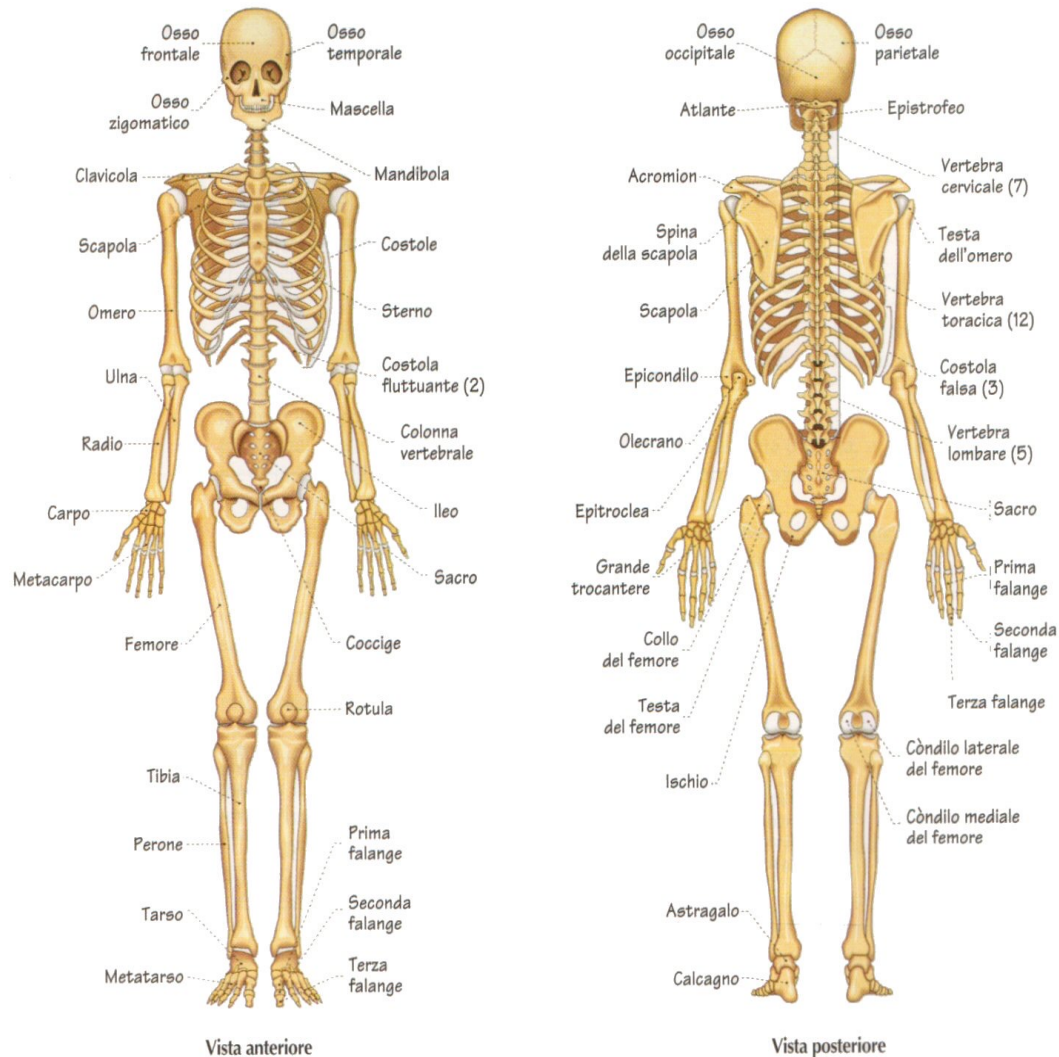


PATOLOGIA DA TRAUMA



CENNI DI ANATOMIA E FISILOGIA

APPARATO SCHELETRICO



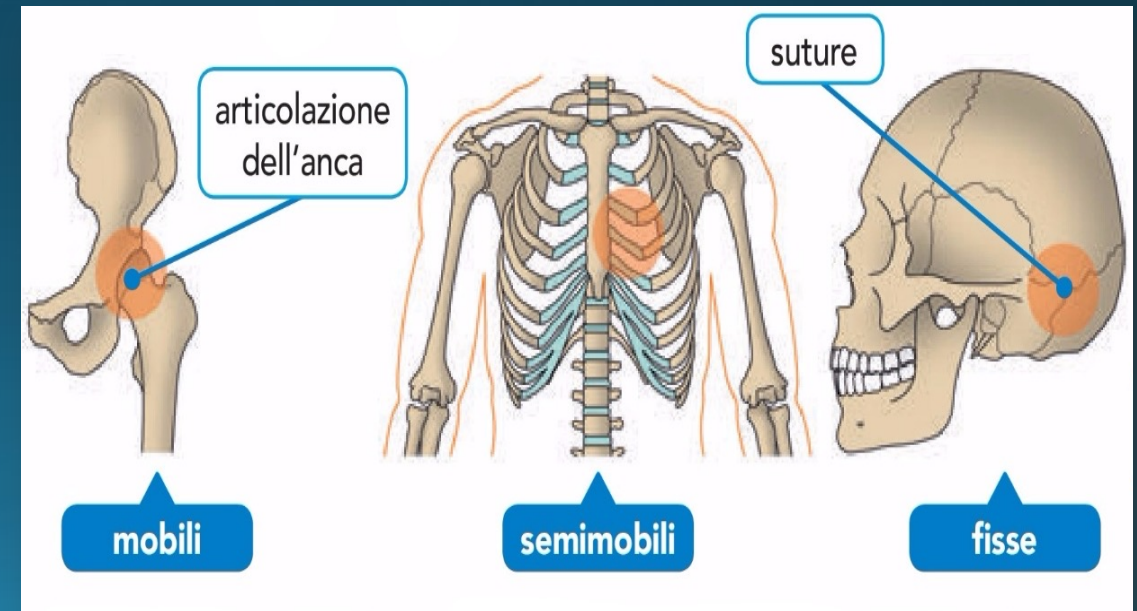
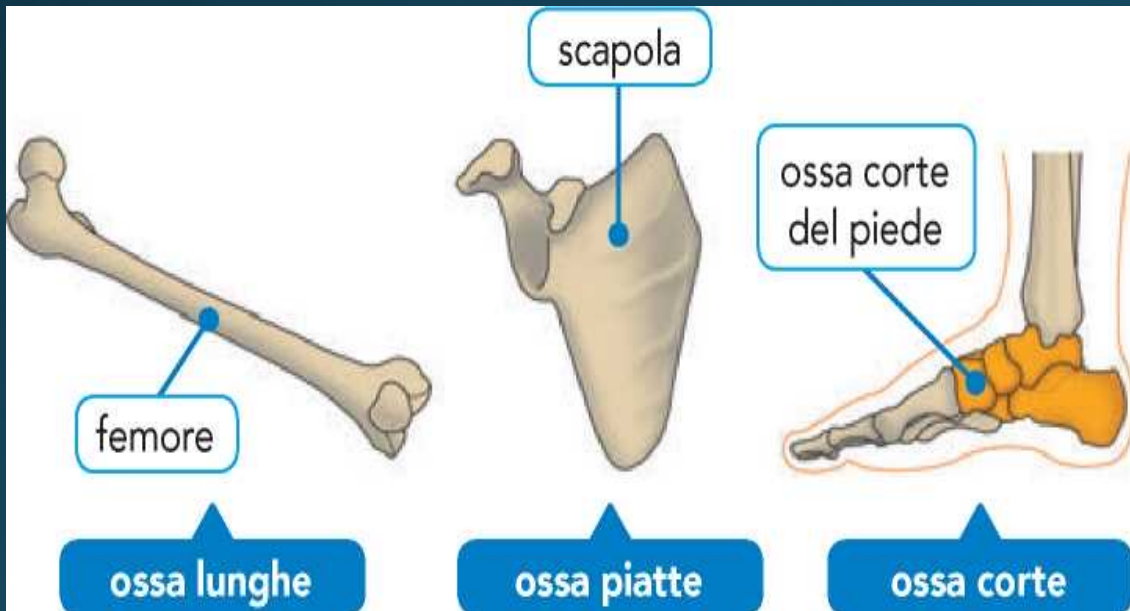
- L'APPARATO SCHELETRO COMPRENDE LE OSSA DELLO SCHELETRO (N.206), LE CARTILAGINI, I LEGAMENTI E GLI ALTRI TIPI DI TESSUTO CONNETTIVO CHE STABILIZZANO O UNISCONO LE OSSA ALLE ARTICOLAZIONI
- LE FUNZIONI DELL'APPARATO SCHELETRICO SONO: SOSTEGNO DEL CORPO, DEPOSITO DI MINERALI E LIPIDI, PRODUZIONE DELLE CELLULE DEL SANGUE, PROTEZIONE E MOVIMENTO

CENNI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA

APPARATO SCHELETRICO

FORMA DELLE OSSA

LE OSSA POSSONO ESSERE: LUNGHE, BREVI, PIATTE, IRREGOLARI, SESAMOIDI E SUTURALI



CENNI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA

APPARATO SCHELETRICO

STRUTTURA DELL'OSSO

- N. 2 TIPI DI OSSO: OSSO COMPATTO (DENSO) E OSSO SPUGNOSO (TRABECOLARE)
- UN OSSO TIPICO PRESENTA: DIAFISI, EPIFISI, METAFISI, CARTILAGINI ARTICOLARI E CAVITA' MIDOLLARE
- LA CAVITA' MIDOLLARE E GLI SPAZI DELL'OSSO SPUGNOSO CONTENGONO MIDOLLO OSSEO GIALLO (DEPOSITO DEI LIPIDI) O MIDOLLO OSSEO ROSSO (FORMA LE CELLULE DEL SANGUE)



CENNI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA

APPARATO SCHELETRICO

STRUTTURA DELL'OSSO

- LE CELLULE DELL'OSSO MATURO SONO GLI OSTEOCITI, GLI OSTEOLASTI SINTETIZZANO LA MATRICE DELL'OSSO ATTRAVERSO L'OSTEOGENESI, MENTRE GLI OSTEOLASTI DISSOLVONO LA MATRICE OSSEA CON L'OSTEOLISI.
- L'OSSO E' VASCOLARIZZATO DA 3 GRUPPI PRINCIPALI DI VASI: ARTERIA E VENA NUTRITIZIA, VASI METAFISARI, VASI PERIOSTALI
- IL CALCIO E' IL MINERALE PIU' ABBONDANTE NEL CORPO (99%) ED E' LOCALIZZATO NELLE OSSA



CENNI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA

APPARATO SCHELETRICO

STRUTTURA DELL'OSSO

- **SCHELETRO ASSILE:** FORMA L'ASSE LONGITUDINALE DEL CORPO ED COSTITUITO DA 80 OSSA. I COMPONENTI ASSILI SONO: CRANIO (8 OSSA PER LA SCATOLACRANICA E 14 PER LA FACCIA), OSSA ANNESSE AL CRANIO (6 OSSICINI DELL'UDITO E L'OSSO IOIDE), GABBIA TORACICA (LO STERNO E 24 COSTE) E LA COLONNA VERTEBRALE (24 VERTEBRE, IL SACRO, E IL COCCIGE) FUNZIONE: SOSTEGNO E PROTEZIONE AGLI ORGANI, AMPIA SUPERFICIE PER INSERZIONE MUSCOLI
- **SCHELETRO APPENDICOLARE :** E' FORMATO DA 126 OSSA E COMPRENDE LE OSSA DEGLI ARTI, LA CINTURA SCAPOLARE E QUELLA PELVICA CHE PERMETTONO L'ATTACCO DEL TRONCO E DEGLI ARTI



PATOLOGIA DA TRAUMA

RIPARAZIONE DELLE FRATTURE

LA FRATTURA E' UNA CREPA O UNA ROTTURA IN UN OSSO.
LA RIPARAZIONE DI UNA FRATTURA PREVEDE LA FORMAZIONE:

- DI UN EMATOMA DI FRATTURA
(FORMAZIONE DI UN COAGULO CHE CHIUDE I VASI LESIONATI);
- UNA CALLO ESTERNO;
- UN CALLO INTERNO





PATOLOGIA DA TRAUMA

FRATTURA

ROTTURA DI UN OSSO CAUSATA DA UN EVENTO VIOLENTO CAPACE DI SUPERARE LA RESISTENZA E L'ELASTICITA' DELL'OSSO STESSO

POSSONO ESSERE: SCOMPOSTE, COMPOSTE, ESPOSTE, 'LEGNO VERDE' (SOPRATTUTTO NEI BAMBINI)



COSA FARE?

TRATTAMENTO FRATTURA



- IMMOBILIZZARE L'ARTO NELLA POSIZIONE IN CUI SI TROVA L'ARTO FRATTURATO
PER NESSUN MOTIVO VA RIDOTTA UNA FRATTURA SCOMPOSTA
- LAVARE CON S.F. E MEDICARE LA FERITA, COPRIRE CON GARZE STERILI
- METTERE A RIPOSO ASSOLUTO L'ARTICOLAZIONE
- RILEVARE CON LA PALPAZIONE LA PRESENZA DI PULSAZIONE ARTERIOSA
- OSPEDALIZZARE PER I CONTROLLI ORTOPEDICI



PATOLOGIA DA TRAUMA

LUSSAZIONE

E' LO SPOSTAMENTO PERMANENTE DELLE ESTREMITÀ OSSEE DI UNA ARTICOLAZIONE PER ROTTURA DEI LEGAMENTI. UN SEGNO CARATTERISTICO È LA DEFORMAZIONE ANATOMICA.

NON CERCARE MAI DI RIDURRE LA LUSSAZIONE





PATOLOGIA DA TRAUMA

CONTUSIONE E DISTORSIONE

LA CONTUSIONE: È LA LESIONE DELLE PARTI CUTANEE E MUSCOLARI, DOVUTA ALLA PRESSIONE O ALL'URTO DI UN CORPO ESTRANEO, SENZA LA ROTTURA DELLA PARETE CUTANEA E CON LA FORMAZIONE DI EMATOMI.

LA DISTORSIONE: È LO SCOSTAMENTO ARTICOLARE TEMPORANEO DELLE ESTREMITÀ DELLE OSSA DI UNA ARTICOLAZIONE.



COSA FARE?

TRATTAMENTO



SI MANIFESTANO CON:

- DOLORE VIVO E COSTANTE
- GONFIORE IMMEDIATO
- ECCHIMOSI O EMATOMI

IMMOBILIZZAZIONE E MESSA A RIPOSO

APPLICAZIONE DI GHIACCIO SULLA ZONA INTERESSATA

PATOLOGIA DA TRAUMA

TRAUMA CRANICO



COMPORTA LESIONE A :

- CUOIO CAPELLUTO
- SCATOLA CRANICA (FRATTURE)
- CERVELLO (COMMOZIONE, CONTUSIONE, EMATOMA)
- VOLTO (FERITE, CONTUSIONI, FRATTURE)

RAPPRESENTA UNA DELLA CAUSE PIÙ FREQUENTI DI MORTALITÀ E
INVALIDITÀ NEI SOGGETTI DI ETÀ INFERIORE AI 50 ANNI



PATOLOGIA DA TRAUMA

TRAUMA CRANICO

SEGNI E SINTOMI:

- ALTERAZIONE DEL LIVELLO DI COSCIENZA (FINO AL COMA)
PRESENZA DI FERITE O CONTUSIONI AL CUOIO CAPELLUTO
- EDEMA, DEFORMAZIONE DEL CRANIO NELLA REGIONE COLPITA
- DIAMETRO PUPILLE DIVERSO
- EPISTASSI (FUORIUSCITA DI SANGUE DAL NASO)
- OTORRAGIA (FUORIUSCITA DI SANGUE DALLE ORECCHIE)
- FORTE CEFALEA O PERDITA DI MEMORIA
- ALTERAZIONE DELLA RESPIRAZIONE
- PARALISI





TRATTAMENTO TRAUMA CRANICO



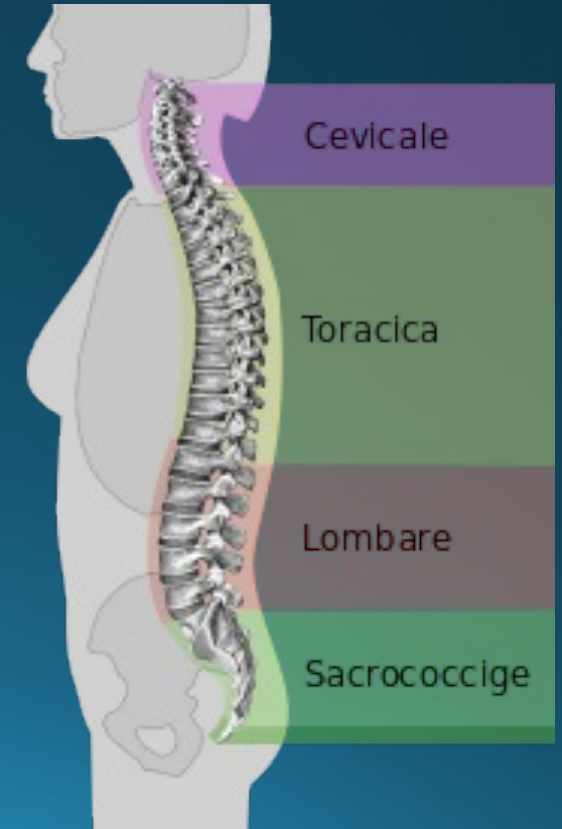
- TENERE L'INFORTUNATO DISTESO IN POSIZIONE SUPINA
- METODO A-B-C-D-E (FUNZIONI VITALI)
- ALLERTARE IL NUE 112
- NON SOTTOVALUTARE LA PRESENZA DI POTENZIALI LESIONI DELLA COLONNA VERTEBRALE
- ARRESTARE L'EVENTUALE EMORRAGIA CON LA COMPRESSIONE - MEDICARE E BENDARE LE FERITE
- NON RIMUOVERE CORPI ESTRANEI CONFICCATI
- PARLARE AL SOGGETTO, SE SVEGLIO TRANQUILLIZARLO
- ASSISTERE LA VITTIMA FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI

PATOLOGIA DA TRAUMA

TRAUMA VERTEBRALE

SEGNI E SINTOMI:

- DEVIAZIONE DEL NORMALE ASSE STRUTTURALE DELLA COLONNA
- DOLORE AL TATTO IN SEDE DI LESIONE
- PERDITA DEL CONTROLLO DEGLI ARTI
- PERDITA' DI SENSIBILITÀ AGLI ARTI
- DIFFICOLTÀ RESPIRATORIE
- DOLORE LUNGO LA COLONNA CON POSSIBILE IRRADIAZIONE AGLI ARTI



COSA FARE?

TRAUMA VERTEBRALE



- TENERE L'INFORTUNATO DISTESO NELLA POSIZIONE IN CUI SI TROVA
- METODO A-B-C-D-E- (FUNZIONI VITALI)
- ALLERTARE IL N° 112
- VERIFICARE LA PRESENZA DI MOBILITA' E SENSIBILITA' AL TATTO DEGLI ARTI
- ASSISTERE LA VITTIMA FINO ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI
- MOBILIZZARE LA VITTIMA SOLO IN CASO DI PERICOLO IMMINENTE, ORGANIZZANDOSI IN UN NUMERO ADEGUATO DI PERSONE

È BUONA NORMA NON SPOSTARE L'INFORTUNATO NEL PRIMO SOCCORSO A POLITRAUMATIZZATO O SOSPETTO DI TRAUMA DELLA COLONNA



PATOLOGIA DA TRAUMA

EMORRAGIA

FUORIUSCITA DI SANGUE DAI VASI SANGUIGNI.

- LE EMORRAGIE POSSONO AVERE SEDE ARTERIOSA, VENOSA O CAPILLARE E POSSONO ESSERE INTERNE O ESTERNE (ES. FERITE)
- LA GRAVITA' DELL'EMORRAGIA DIPENDE DALLA SEDE DELL'EMORRAGIA, DALLA QUANTITA' SI SANGUE FUORIUSCITO E DAI SINTOMI CHE ACCOMPAGNA LA CONDIZIONE CLINICA





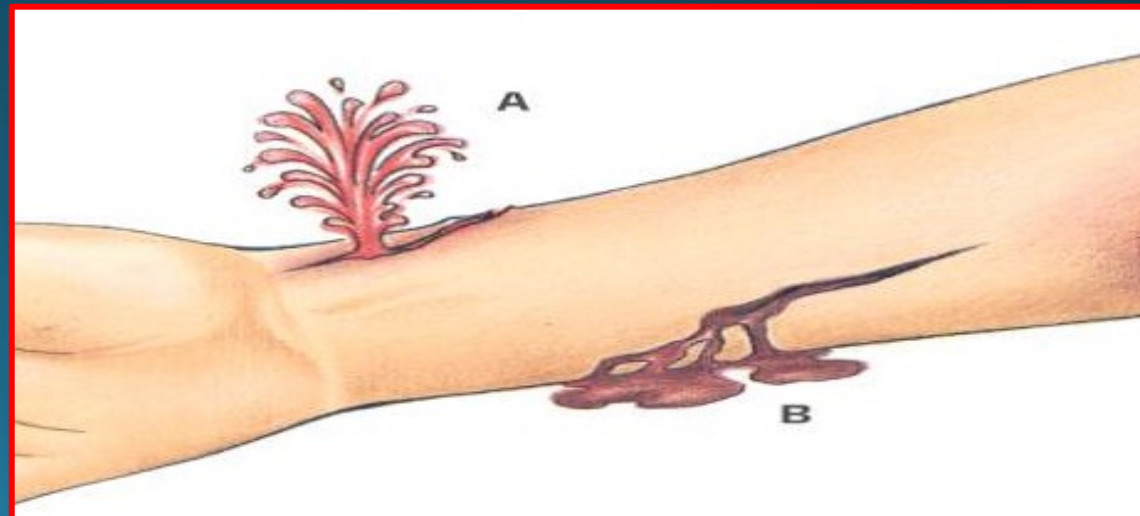
PATOLOGIA DA TRAUMA

EMORRAGIA

ARTERIA: IL SANGUE ROSSO VIVO CHE FUORIESCE RITMICAMENTE CON LE PULSAZIONI DEL CUORE, SOTTO FORMA DI GETTO PIU' O MENO VIOLENTO

VENA: SANGUE ROSSO SCURO CHE ESCE IN MODO CONTINUO, FILANTE DALLA CUTE

CAPILLARE: SANGUE ROSSO VIVO CHE ESCE A FLUSSO LENTO COME TRASUDANTE A GOCCIOLE





PATOLOGIA DA TRAUMA

EMORRAGIA

E. ESTERNA:IL SANGUE FUORIESCE DIRETTAMENTE ALL'ESTERNO (ARTERIOSE, VENOSE, CAPILLARI)

E.INTERNA:CON RACCOLTA DI SANGUE NELLE CAVITÀ CORPOREE (CRANIO, TORACE, ADDOME)

E.INTERNA ESTERIORIZZATA:CON RACCOLTA DI SANGUE ALL'INTERNO DI ORGANI CHE SONO IN COMUNICAZIONE CON L'ESTERNO (ORECCHIO, NASO...)



PATOLOGIA DA TRAUMA

EMORRAGIA

ALTERAZIONE
COSCIENZA

TACHICARDICO
TACHIPNOICO

SEGNI E SINTOMI

PALLIDO E
SUDATO

DOLENTE

DIMINUZIONE
P.A.

COSA FARE?

EMORRAGIA ESTERNA

- LIBERARE DAGLI INDUMENTI LA PARTE LESA
- COMPRIMERE CON UNA GARZA STERILE O ALTRO TESSUTO PULITO IL PUNTO SANGUINANTE A MONTE (VERSO IL CUORE) PER 5-10 min (SE SI TRATTA DI UN VASO ARTERIOSO A MONTE DELLA FUORIUSCITA)
- SE LA PERDITA E' ABBONDANTE FASCIARE LA MEDICAZIONE CON UNA CERTA PRESSIONE
- APPLICARE LACCI EMOSTATI O TOURNIQUET ALL'ARTO SOLO NEL CASO DI AMPUTAZIONE E PER BREVI PERIODI (SEGNARE SEMPRE L'ORA) VA ALLENTATO OGNI 20-30 min
- SE L'EMORRAGIA E' DA FERITA IN UN ARTO E NON C'E' IL SOSPETTO DI FRATTURA, SOLLEVARE L'ARTO PIU' IN ALTO RISPETTO AL CUORE
- NON RIMUOVERE I CORPI CONFICCATI
- COPRIRE LA VITTIMA PER EVITARE PERDITE DI CALORE
- VALUTAZIONE A-B-C-D-E
- ALLERTA IL NUE 112

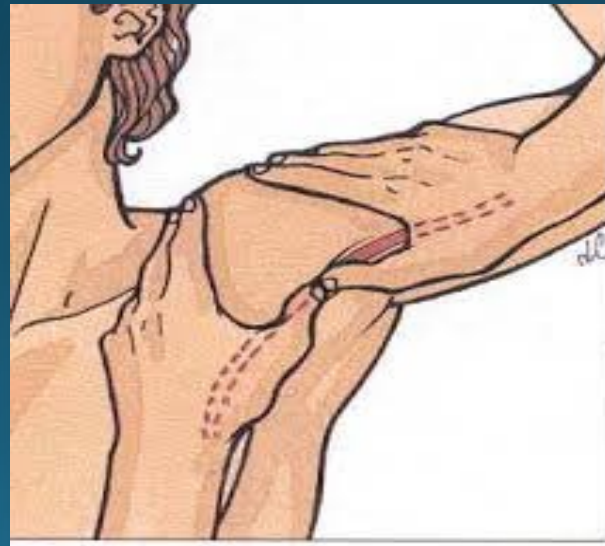


COSA FARE?

PUNTI DI COMPRESSIONE EMORRAGIA ESTERNA



- BRACHIALE,
- ASCELLARE,
- OMERALE,
- FEMORALE,
- POPLITEA



COSA FARE?

TRATTAMENTO EMORRAGIA INTERNA



- SICUREZZA E PROTEZIONE
 - NON FAR MUOVERE LA VITTIMA
 - SE POSSIBILE MOBILIZZARLA IN POSIZIONE SUPINA
 - METODO A-B-C-D-E (FUNZIONI VITALI)
 - ALLERTA NUE 112
- SE INCOSCIENTE VALUTAZIONE BLS (PBLS- SE CIRCOLO E RESPIRA)
- ASSISTERE FINO ALL'ARRIVO DEI SANITARI

EMORRAGIA

! ATTENZIONE !

PUO' EVOLVERE IN SHOCK CON CONSEGUENTE
ARRESTO CARDIACO





PATOLOGIA DA TRAUMA

SHOCK IPOVOLEMICO

DISFUNZIONE DELLA BIOENERGETICA CELLULARE SISTEMICA E
MULTIORGANICA SU BASE IPOSSICA DETERMINATA DA
INSUFFICIENZA MACRO E MICROCIRCOLATORIA ACUTA
SECONDARIA AD IPOVOLEMIA SEVERA DA CAUSA EMORRAGICA
E/O NON EMORRAGICA





PATOLOGIA DA TRAUMA

SHOCK IPOVOLEMICO

EMORRAGICO: TRAUMA; E. GI; E. RESPIRATORIE; DISSECAZIONI E/O ROTTURE ANEURISMATICHE DELL'AORTA O DEI GROSSI VASI ART.

NON EMORRAGICO: PERDITE DI FLUIDI ESTERNE (VOMIT, DIARREA); VENODILATAZIONE MASSIVA (SEPSI, ANAFILASSI); SEQUESTRO LIQUIDI NEL 3° SPAZIO (OCCLUSIONE INTESTINALE, PANCREATITE ACUTA)



PATOLOGIA DA TRAUMA

SHOCK IPOVOLEMICO

ALTERAZIONE
COSCIENZA

TACHICARDICO
TACHIPNOICO

SEGNI E SINTOMI

PALLIDO,
SUDATO,
CIANOTICO

OLIGURIA
(FINO ANURIA)

IIPOTENSIONE

COSA FARE?

TRATTAMENTO SHOCK IPOVOLEMICO



- SICUREZZA E PROTEZIONE
- SE POSSIBILE MOBILIZZARE IN POSIZIONE SUPINA (ANTISHOCK)
- METODO A-B-C-D-E (FUNZIONI VITALI)
- ALLERTA NUE 112
- AGIRE SULLE CAUSE EMORRAGICHE
- SE INCOSCIENTE VALUTAZIONE BLS (PBLS- SE CIRCOLO E RESPIRA)
- ASSISTERE FINO ALL'ARRIVO DEI SANITARI
- PROTEZIONE TERMICA (COPRIRE L'INFORTUNATO)
- NON SOMMINISTRARE LIQUIDI O SOLIDI

PATOLOGIA DA TRAUMA

LESIONI TRAUMATICHE DELLA PELLE (FERITE)

FERITE DA TAGLIO

FERITE DA PUNTA

FERITE LACERO-CONTUSE

ESCORIAZIONI E/O ABRASIONI



PATOLOGIA DA TRAUMA

LESIONI TRAUMATICHE DELLA PELLE (FERITE)

LE FERITE SONO LESIONI DI CONTINUO DELLA CUTE, PIÙ O MENO PROFONDE, CHE POSSONO INTERESSARE ANCHE I MUSCOLI E I VASI:

- ABRASIONI, ESCORIAZIONI
- FERITA DA TAGLIO, A MARGINI QUASI RETTILINEI
- FERITA DA PUNTA, LESIONE DI DIAMETRO PICCOLO, MA PROFONDA
- FERITA LACERO-CONTUSA, LA CUTE ED I TESSUTI SOTTOSTANTI, PER STRAPPI O SFREGAMENTI, SI ROMPONO DANDO LUOGO A LESIONI MOLTO IRREGOLARI





PATOLOGIA DA TRAUMA

FERITE

E. ESTERNA: IL SANGUE FUORIESCE DIRETTAMENTE ALL'ESTERNO (ARTERIOSE, VENOSE, CAPILLARI)

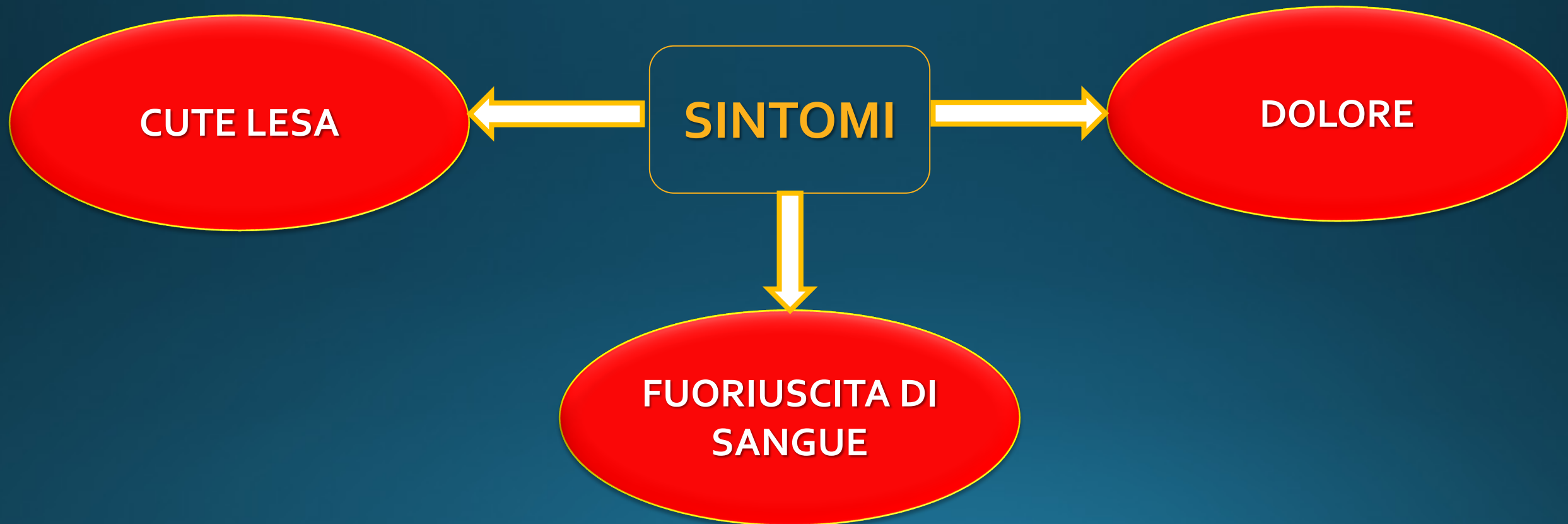
E. INTERNA: CON RACCOLTA DI SANGUE NELLE CAVITÀ CORPOREE (CRANIO, TORACE, ADDOME)

E. INTERNA ESTERIORIZZATA: CON RACCOLTA DI SANGUE ALL'INTERNO DI ORGANI CHE SONO IN COMUNICAZIONE CON L'ESTERNO (ORECCHIO, NASO...)



PATOLOGIA DA TRAUMA

FERITE



PATOLOGIA DA TRAUMA

FERITE



PATOLOGIA DA TRAUMA

FERITE

INFEZIONI
(TETANO)

EMORRAGIE

COMPLICAZIONI

LESIONI ORGANI
INTERNI

SHOCK

PATOLOGIA DA TRAUMA

LESIONI TRAUMATICHE DELLA PELLE (FERITE)

FERITE DA TAGLIO

SUPERFICIALI: SOLO I TESSUTI CUTANEI E IL DERMA

COMPLESSE: TESSUTI PROFONDI COME MUSCOLI, TENDINI, VASI

PENETRANTI: ORGANI PROFONDI



COSA FARE?

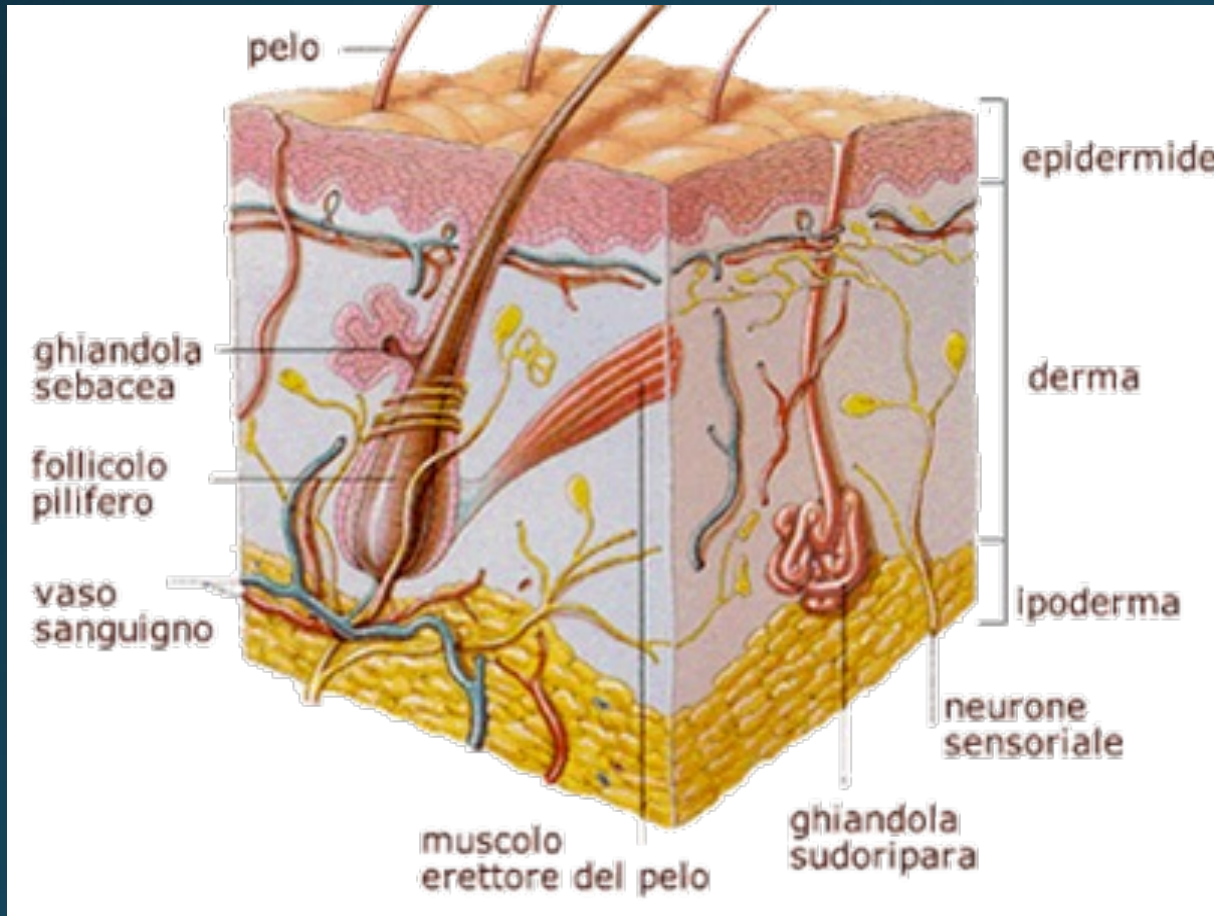
TRATTAMENTO FERITE



- SICUREZZA E PROTEZIONE (INDOSSARE DPI E GUANTI STERILI)
- LAVAGGIO DELLE MANI
- EVITARE CONTATTO DIRETTO CON LESIONE (RISCHIO DI INFEZIONE)
- SCOPRIRE LA FERITA
- PULIRE LA FERITA CON S.F. E DISINFETTARE CON ANTISETTICI (ES. ACQUA OSSIGENATA)
- COPRIRE CON GARZE STERILI E MEDICARE CON CEROTTI O FASCIATURE ELASTICHE
- SE C'E' SANGUINAMENTO MANTENERE UNA PRESSIONE COSTANTE SULLA FERITA PER 10-15 min
- METODO A-B-C-D-E (FUNZIONI VITALI)
- OSPEDALIZZARE IN BASE AL GRADO DELLA LESIONE

CENNI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA

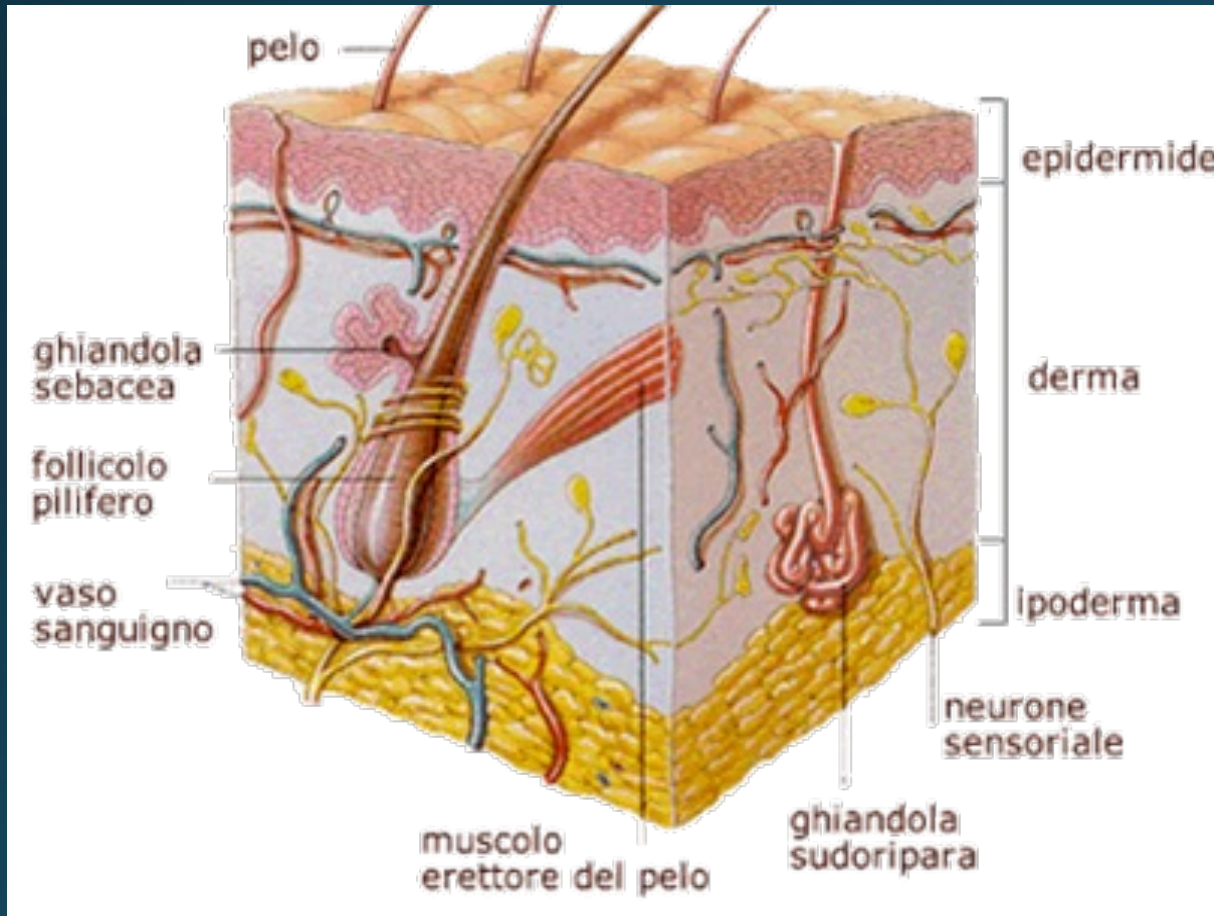
APPARATO TEGUMENTARIO



L'APPARATO TEGUMENTARIO E'
FORMATO DALLA MEMBRANA
CUTANEA
(CHE COMPRENDE L'EPIDERMIDE E
IL DERMA)
E DAGLI ANNESSI CUTANEI.
SOTTO AL DERMA SI TROVA IL
CONNETTIVO SOTTOCUTANEO

CENNI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA

APPARATO TEGUMENTARIO



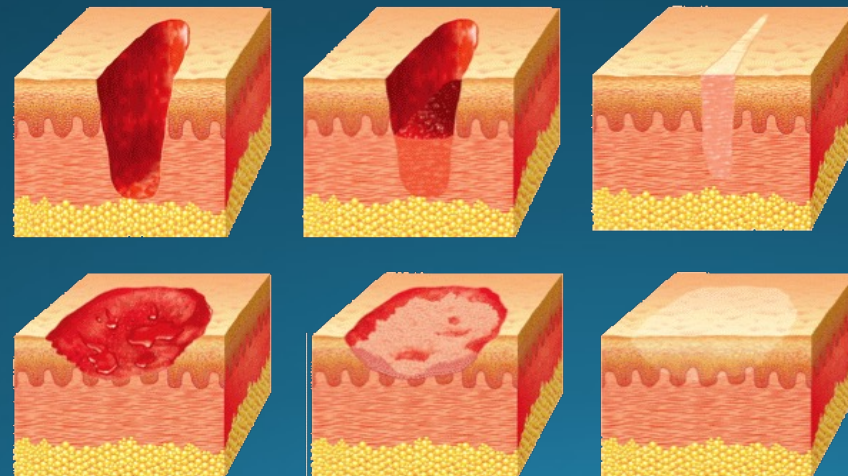
LE FUNZIONI DELL'APPARATO
TEGUMENTARIO COMPRENDONO:
PROTEZIONE
ESCREZIONE
MANTENIMENTO TEMPERATURA
DEPOSITO DI SOSTANZE
NUTRITIZIE
VITAMINA D₃
SINTESI E SENSIBILITA'

CENNI DI ANATOMIA E FISILOGIA

APPARATO TEGUMENTARIO

LESIONI E RIPARAZIONE

LA CUTE PUO' RIGENERARSI ANCHE DOPO UN GRAVE DANNO
IL PROCESSO COMPRENDE LA FORMAZIONE DI UNA:
CROSTA, TESSUTO DI GRANULAZIONE E TESSUTO CICATRIZIALE



PATOLOGIA DA TRAUMA

LE USTIONI



PATOLOGIA DA TRAUMA

LE USTIONI

SI DEFINISCE USTIONE LA
DISTRUZIONE, PARZIALE O TOTALE,
DEL RIVESTIMENTO CUTANEO E
TALVOLTA ANCHE DEI TESSUTI
SOTTOSTANTI DA PARTE DI UN
AGENTE FISICO O CHIMICO



PATOLOGIA DA TRAUMA

USTIONI

CALDO O FREDDO

ESPLOSIONI

CAUSE

RADIAZIONI
ELETTRICITA'

SOSTANZE
CHIMICHE

PATOLOGIA DA TRAUMA

CLASSIFICAZIONI DELLE USTIONI

LE USTIONI DELLA CUTE SI POSSONO CLASSIFICARE, SECONDO LA GRAVITÀ, IN USTIONI DI PRIMO, SECONDO E TERZO GRADO



1°



2°



3°

COSA FARE?

TRATTAMENTO USTIONI



PRIMO GRADO:

- ACQUA FREDDA

SECONDO GRADO:

- RAFFREDDARE SOTTO ACQUA CORRENTE
- NON TOGLIERE I VESTITI SE SONO INCOLLATI ALLA PELLE
- COPRIRE CON GARZE STERILI

TERZO GRADO:

- AVVOLGERE IN UN PANNO SE LA PERSONA È IN FIAMME
- ALLERTA NÙE 112
- METODO A-B-C-D-E
- SE INCONSCIENTE: VALUTAZIONE BLS

COSA FARE?

TRATTAMENTO USTIONI AGENTI CHIMICI



- LAVARE ABBONDANTEMENTE CON UN GETTO VIOLENTO DI ACQUA CORRENTE, PER ASPORTARE LA SOSTANZA SENZA CHE ABBAIA IL TEMPO DI REAGIRE CON L'ACQUA
- TOGLIERE EVENTUALI INDUMENTI CONTAMINATI
- ALLERTARE N° 112
- METODO A-B-C-D-E
- CONSULENZA DI UN ESPERTO



DOMANDE...



GRAZIE PER L'ATTENZIONE

