



**MISURE IMMEDIATE
PER SALVARE LA
VITA**



PRIMO SOCCORSO NELLA SCUOLA DELL'INFANZIA

MONICA BANDERA

*"Chi salva un bambino
salva il mondo intero"*
(Croce Rossa Italiana)





INTRODUZIONE ALLA PARTE PRIMA

“Perché un progetto sul Primo Soccorso nella Scuola dell’Infanzia?” – ci si potrebbe chiedere. O ancora, “Che cosa hanno in comune un insegnante e le manovre per salvare la vita?”. Quando si è a stretto contatto con i bambini, i pericoli sono dietro l’angolo e un insegnante non deve farsi cogliere impreparato.

Certo, tentare di salvare la vita di un’altra persona, o almeno acquisire le competenze per provare a farlo, è un compito gravoso, difficile; non si opera, come nelle esercitazioni, su un manichino, ma su un essere umano vero e proprio e non sempre è così facile. In più, eseguire manovre corrette non comporta necessariamente la salvezza del paziente, bisogna mettere in conto che ci potrebbero essere complicanze o che il tutto potrebbe non andare a buon fine. Nonostante ciò, di fronte a un’emergenza, se sappiamo come agire è sempre auspicabile intervenire: è meglio fare, piuttosto che non fare. Pensiamo alla vita di chi abbiamo davanti, e cerchiamo di mettere da parte le nostre paure, per non trovarci poi ad avere rimorsi.

Questo progetto vuole presentare in modo semplice e pratico le principali norme di Primo Soccorso che un insegnante è tenuto ad attuare a scuola, in caso di piccoli o grandi incidenti in cui può incorrere, essendo a stretto contatto con i bambini. Questo per evitare, come accade il più delle volte, di non essere preparati ad affrontare tali evenienze.

In situazioni che richiedono l’aiuto di un insegnante, o di qualsiasi altra persona, non bisogna mai farsi prendere dal panico, perché in uno stato di agitazione è più facile compiere azioni inutili e, per quanto in buona fede, persino dannose che, anziché aiutare l’infortunato, rischiano invece di aggravarne il quadro clinico; anche affidarsi al buon senso e alle massime popolari è erroneo, sconsigliabile e fuorviante. Ragione per cui si consiglia vivamente a ogni insegnante e a ogni cittadino di frequentare appositi corsi di Primo Soccorso.

Con il presente testo, proveremo in ogni caso a trasmettere l’importanza di una cultura generale e di base del Primo Soccorso che, nei momenti di emergenza, può contribuire a salvare una vita o comunque ad aiutare ad alleviare il dolore di chi soffre.

Detto ciò, non bisogna mai dimenticarsi che l’insegnante è un insegnante e resta tale.
Non deve mai improvvisarsi medico, ma deve oltremodo essere in grado di



prendersi cura dei suoi alunni, che vedono in lui un modello e una guida esemplare: infatti, i piccoli si aspettano di essere protetti dai più grandi, ai quali si rivolgono costantemente perché sanno di potervi contare.

Come insegnanti, non dimentichiamoci che i bambini hanno bisogno di noi: a volte basta una carezza, un sorriso o qualche piccola attenzione per rassicurarli.

Importante è portarli a interiorizzare corrette regole di comportamento e di vita che possano prevenire l'insorgere di situazioni rischiose o il verificarsi di incidenti. Insegniamo ai nostri alunni a riflettere prima di agire, a difendere e custodire il segreto della vita e ad aiutarsi reciprocamente.

“Essere capace di avere cura di se stesso è il requisito di base per poter essere capace di avere cura degli altri; sentirsi a proprio agio con se stessi è la condizione necessaria per potersi mettere in relazione con gli altri” *(Erich Fromm, Dalla parte dell'uomo)*.

Ricordiamo che questo, in ogni caso, non è un testo medico e non ha la presunzione di esserlo; tuttavia, si farà ricorso ad alcuni termini medici e tecnici, perché è giusto che le cose vengano chiamate con il loro nome, soprattutto nel campo del Soccorso, nel quale è fondamentale essere il più precisi possibile.





DEFINIZIONI e **NORMATIVA**

IL PRIMO SOCCORSO

La distinzione tra “**Primo Soccorso**” e “**Pronto Soccorso**” deve risultar ben chiara sin dal principio.

“Il Primo Soccorso è rappresentato da semplici manovre orientate a mantenere in vita l’infortunato e a prevenire le complicazioni, senza l’utilizzo di farmaci e/o strumentazioni”.
(Casale C., Gallo M., Luisi F., Ossicini A., *Vademecum per gli addetti al primo soccorso nelle scuole materne*, Edizioni Enail, 2002)

Da questa definizione si evince che il Primo Soccorso è praticabile da chiunque e permette di intervenire nelle emergenze in attesa di soccorsi qualificati, cercando di mantenere attive le funzioni vitali della persona soccorsa, o semplicemente assistere il paziente, in attesa del personale medico.

Dunque, il Primo Soccorso comporta non solo la messa in pratica di eventuali comportamenti attivi, che richiedono conoscenze teoriche e competenze pratiche, ma include anche la possibile assunzione di un comportamento passivo, che si traduce in un’astensione da pratiche errate. In ogni caso, il ruolo del Primo Soccorritore è essenziale per attivare la Catena dei Soccorsi: è necessario comprendere l’accaduto, effettuare il cosiddetto “colpo d’occhio” per valutare la sicurezza della scena (osservare il contesto, chi e quante persone sono coinvolte, capire cosa sta succedendo), chiamare i soccorsi ed attenderli senza mai abbandonare il paziente. In caso di abbandono volontario si rischia la detenzione (art. 593 del Codice Penale), oltre che una multa.



“Il Pronto Soccorso, invece, si qualifica come un insieme di attività complesse che hanno come obiettivo la diagnosi e la terapia della modificazione peggiorativa dello stato di salute, al fine di un ripristino, per quanto possibile, dello stato antecedente cui dovranno seguire, nel tempo, ulteriori attività”.

Questa citazione della Sovrintendenza Medica Generale, lascia intendere come il Pronto Soccorso sia un'attività che spetta esclusivamente al personale medico competente, il quale è in possesso di titoli e requisiti per poter attuare interventi tecnici e specifici, nonché procedere ad un'eventuale somministrazione di farmaci.

Per evitare che venga chiamata l'ambulanza inutilmente o, viceversa, non si allertino i soccorsi quando invece la situazione non è per nulla da sottovalutare, ogni insegnante deve essere in grado di valutare la situazione, discriminando se si tratta di un'**emergenza** (“Condizione statisticamente poco frequente che coinvolge uno o più individui vittime di eventi che necessitano di immediato e adeguato intervento terapeutico o ricorso a mezzi speciali di trattamento” – Casale C., Gallo M., Luisi F., Ossicini A., Vademecum per gli addetti al primo soccorso nelle scuole materne, Edizioni Enail, 2002) oppure di un'**urgenza** (“Condizione statisticamente ordinaria che riguarda uno o pochi individui colpiti da processi patologici per i quali, pur non esistendo immediato pericolo di vita, è tuttavia necessario adottare entro breve tempo l'opportuno intervento terapeutico” – Anpas Lombardia, Appunti di primo soccorso, a cura del centro di formazione del volontariato). In particolare, la letteratura classifica le urgenze in quattro tipologie:

- **estrema urgenza** (danni alla respirazione e/o alla circolazione, emorragie gravi non contenibili mediante compressione, traumi gravi, ferite toraciche con asfissia);
- **urgenza primaria** (emorragie contenibili, stato di shock, traumi toracici e addominali, amputazioni, ustioni gravi, membra danneggiate gravemente, ferite all'addome);
- **urgenza secondaria** (frattura alla colonna vertebrale, frattura esposta, frattura del bacino, fratture craniche, ferite gravi);
- **senza urgenza** (fratture non esposte o superficiali, ustioni non gravi).



Chiunque noi siamo, insegnanti o meno, in caso di un'emergenza o urgenza a scuola, o in qualunque altro luogo, possiamo, anzi dobbiamo, effettuare tempestivamente un Primo Soccorso nei confronti di una vittima. Questo non significa effettuare prestazioni terapeutiche o manovre di cui non si ha competenza, perché l'insegnante non è un medico, ma soccorrere significa anche semplicemente tranquillizzare la vittima, effettuare prontamente la chiamata al 118 ed attendere l'arrivo del personale qualificato.

Prestare soccorso a chi ne ha bisogno è un dovere morale e sociale, ma è anche un preciso dovere imposto dal Codice Penale il quale, all'articolo 593, recita:

“È dovere di ogni cittadino di prestare assistenza ad una persona ferita o in pericolo, e di darne immediato avviso alle autorità”.

Per di più, l'aiuto prestato ad un altro essere si rifà ad un istinto biologico tipico di alcune specie di animali sociali. A tal proposito, il mutuo appoggio è stato studiato come un aspetto dell'evoluzionismo che, in molti casi, tenderebbe a favorire la sopravvivenza della specie. È amore verso il prossimo, è un atto che implica gratuità, un gesto di generosità disinteressata. È desiderio di donare la vita di cui, in quel momento, si è sovrabbondanti, a chi, invece, ne è mancante e bisognoso.

IL NUMERO DELL'EMERGENZA:

1-1-8

Nel 1992 è stato attivato in Italia il **Servizio Sanitario Urgenza Emergenza (SSUEm)**, detto più semplicemente **118**. “1-1-8” è il numero telefonico che ogni cittadino deve chiamare in caso di emergenza sanitaria, che garantisce l'invio immediato di mezzi di Soccorso Sanitario per un eventuale ricovero ospedaliero. Il 118 è un servizio pubblico attivo tutto l'anno, 24 ore su 24; prossimamente sarà inglobato nel nuovo Numero Unico dell'Emergenza “1-1-2”.

La Centrale Operativa del 118 è presidiata da medici, infermieri e personale specializzato. Al numero telefonico unico affluiscono le richieste dei cittadini: le chiamate di soccorso vengono vagliate e smistate al mezzo più competitivo in zona, quindi attivate le risorse più idonee: mezzi di soccorso e presidi ospedalieri in primo luogo, ma anche mezzi di forze di polizia o altre forze che possono essere richieste per la gestione di un particolare evento; la Centrale Operativa (CO) coordina gli interventi che vengono effettuati sul territorio.



Il 118 deve essere chiamato sempre in caso di:

- grave malore;
- grave incidente (scolastico, stradale, domestico, sul lavoro, sportivo,...);
- ricoveri d'urgenza;
- ogni situazione certa o presunta di possibile pericolo di vita;
- sospetto infarto cardiaco.

Il soccorso va richiesto componendo, gratuitamente, da qualsiasi apparecchio telefonico, fisso o mobile, il numero "1-1-8" ("uno-uno-otto" facilmente memorizzabile anche per un bambino).

Gli operatori della centrale devono sapere:

- chi siete e da dove chiamate;
- che cosa è successo (incidente, malore, ecc.);
- dove è successo (Comune, via, numero e riferimenti);
- numero e condizione delle persone coinvolte.

È importante anche raccogliere le informazioni di eventuali testimoni, che hanno visto o partecipato all'evento. Inoltre, l'operatore all'altro capo del telefono può rivolgere a chi sta effettuando la chiamata, alcune domande necessarie a valutare meglio il tipo di emergenza. Eventualmente, la CO del 118 può anche ricontattare l'utente dopo pochi minuti, per seguire l'evolvere della situazione.

In ogni caso, è sempre bene fornire informazioni con calma e precisione, poiché con le nostre parole l'operatore sarà facilitato nel valutare la gravità della situazione e potrà di conseguenza inviare gli esatti mezzi di Soccorso e il personale idoneo.

Dopo aver effettuato la chiamata al 118, attendere l'arrivo dei Soccorsi, rimanendo sempre accanto all'infortunato. È bene anche invitare eventuali curiosi ad allontanarsi, per non ostacolare la procedura di intervento.

Primo soccorso



Se possibile, inviare un'altra persona, per esempio all'entrata dello stabile, ad accogliere i Soccorsi e condurli al luogo in cui si trova il paziente.

Quest'ultimo verrà sottoposto in loco ai primi interventi e/o ad eventuali rianimazioni; quindi, se necessario, trasportato all'ospedale più vicino, o a quello in cui sono presenti gli specialisti necessari.





La figura DEL SOCCORRITORE

Giuridicamente, si possono delineare **tre tipologie di Soccorritore**; a ciascuno spettano precisi ruoli e competenze:

- il **soccorritore specializzato**, ovvero chi svolge la professione di medico.
- Il **soccorritore volontario** che, ai sensi dell'art. 2 della Legge n. 266 del 1991, dopo aver frequentato appositi corsi teorici e pratici, presta la sua attività in modo personale, spontaneo e gratuito, senza fini di lucro, ma esclusivamente di solidarietà, tramite l'organizzazione di cui fa parte e della quale è tenuto a seguire indicazioni e protocolli. Il soccorritore volontario è un incaricato di Pubblico Soccorso, è una figura non sanitaria adeguatamente formata che ha il compito di prestare un Soccorso di base all'infortunato: non è tenuto a giudicare la gravità della patologia del paziente, né a formulare diagnosi, bensì è in grado di rilevare e comunicare i parametri vitali (battito, pressione arteriosa, saturazione, respiro, temperatura), alterazioni organiche evidenti; sa medicare ferite o accompagnare un ammalato all'ospedale.

Tra le finalità dell'essere soccorritore volontario vi sono quelle di soccorso, tutela della popolazione e mantenimento di livelli di vita civile. Invece, tra gli obblighi, c'è quella di denunciare all'autorità un reato di cui sia venuto a conoscenza nell'esercizio del servizio (art.331 Codice Penale) e prestare soccorso a una persona bisognosa (in caso di mancato intervento il volontario incorrerà nell'omissione di atti d'ufficio – art.328 Codice Penale).

La legge riconosce il valore sociale del volontariato, come espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo e ne promuove lo sviluppo. Inoltre, costituisce coerente attuazione del dettato costituzionale, come all'articolo 2 della Costituzione della Repubblica Italiana: "La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge



Primo soccorso



la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale".

- Il **comune cittadino** indica in modo generico tutti coloro che prestano Soccorso senza avere titoli o mansioni precise in campo medico-sanitario.

Il Primo Soccorso effettuato dal comune cittadino si esplica fundamentalmente nella chiamata tempestiva al 118 e nell'assistenza alla vittima, nell'attesa dell'arrivo dei soccorsi; è un compito piuttosto semplice, che non implica eseguire manovre di cui non si ha competenza. Se, invece, il cittadino ha anche una formazione relativa al Soccorso, può intervenire anche eseguendo le opportune manovre.

Il Soccorritore, ciascuno di questi tre tipi, è, a suo modo, un anello fondamentale nella Catena del Soccorso, in quanto fornisce un valido aiuto per la buona riuscita dell'intervento sanitario.





COMPORIAMENTO DEL SOCCORRITORE E STATO DI NECESSITÀ

Tra i requisiti necessari affinché il Soccorritore possa instaurare un efficace rapporto col paziente vi sono:

- atteggiamento sempre calmo e rassicurante;
- l'empatia, per cui il Soccorritore dovrebbe mettersi nei panni dell'altro, senza perdere il contatto con se stesso e con le proprie emozioni;
- la capacità di considerare chi abbiamo di fronte come persona, a prescindere dalla sua età, dal suo colore della pelle o da altre sovrastrutture, avendo consapevolezza dei suoi bisogni e desideri;
- una buona comunicazione con il paziente, verbale e non verbale (postura, gestualità, tono della voce, mimica, prossemica, sguardo);
- stabilire un contatto (anche e soprattutto oculare) con l'infortunato; saper osservare e ascoltare, rispondere a contenuti e sentimenti;
- dire sempre la verità relativamente alla situazione ed utilizzare un linguaggio che il paziente possa comprendere, a maggior ragione se si tratta di un bambino: parlare piano e con chiarezza, anche mettendosi fisicamente al suo livello.

Il comportamento che il Soccorritore deve assumere nei confronti di una situazione d'emergenza non è mai precipitoso. Infatti, prima di effettuare qualsiasi azione di soccorso, il Soccorritore deve accertarsi che la zona in cui agisce sia priva di pericoli che potrebbero pregiudicare la salute sua e dell'assistito:

NON METTERE MAI A RISCHIO LA PROPRIA VITA PER SALVARE QUELLA DI UN ALTRO,

come precisato anche dalle Linee Guida ERC (*European Resuscitation Council*).



La VALUTAZIONE DELLA ScENA e DEL PAZIENTE

L'approccio all'infortunato deve sempre avvenire dopo che la scena è stata messa in sicurezza, per salvaguardare la propria e altrui incolumità, anche a costo di ritardare l'inizio delle manovre di soccorso.

Ad ogni azione eseguita dal Soccorritore deve necessariamente corrispondere una valutazione precedente ed accurata: una buona valutazione del paziente equivale a un buon Soccorso.

La valutazione segue una logica schematica e valida in qualsiasi tipo d'intervento, eccetto il caso in cui il paziente abbia subito un trauma o una caduta, per cui si sospetta una frattura o una lesione alla colonna vertebrale; in tal caso sono previste diverse ulteriori accortezze.

Inoltre, i Soccorritori dovrebbero attenersi ad alcune regole di base, per mantenere in vita l'infortunato ed evitare un peggioramento delle condizioni, in attesa dell'assistenza medica. Nelle situazioni di emergenza, un intervento adeguato e tempestivo è spesso determinante per la sopravvivenza di un individuo, così come errate operazioni di soccorso possono compromettere le cure successive.

Al primo Soccorritore si richiede di valutare il più rapidamente possibile la presenza di problemi che possano minacciare la vita del paziente. A questo scopo vanno eseguiti opportuni accertamenti, rispettando il seguente ordine di priorità, previsto nel **Paediatric Basic Life Support (PBLIS)**.

1. Prevenzione degli incidenti.
2. Riconoscimento precoce dell'arresto respiratorio e/o cardiaco.
3. Tempestivo ed efficace allarme.



IL SOCCORRITORE DEVE:

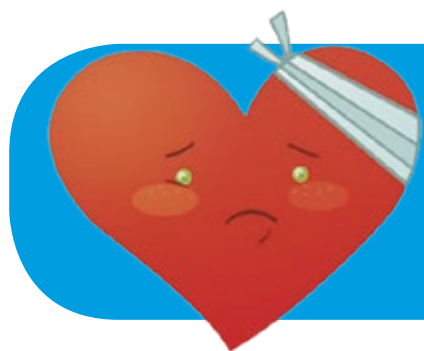
- 1) Valutare la scena e il rischio ambientale, effettuando il cosiddetto "colpo d'occhio".
- 2) Mettere in sicurezza la vittima.
- 3) Valutare lo stato di coscienza (stimolo verbale, tattile, doloroso).
- 4) Chiedere aiuto ed effettuare la chiamata al 118.

In attesa dell'arrivo dei Soccorsi avanzati il Soccorritore...

- 1) Valuta la possibile esistenza di fratture alla colonna vertebrale: in tal caso, non muovere la persona e mantenere allineati torace, collo, capo e arti.
- 2) Posiziona il bambino.
- 3) In presenza di un'emorragia cerca di tamponarla.

Se necessario, dopo aver effettuato la valutazione, il Soccorritore...

- 1) Instaura la pervietà delle vie aeree.
- 2) Valuta la presenza di attività respiratoria (GAS). In presenza di respiro: mantiene la pervietà delle vie aeree utilizzando la PLS (in assenza di trauma). Se il bambino non respira: esegue 5 ventilazioni lente e progressive.
- 3) Valuta la presenza di attività circolatoria. Se il polso è presente: sostiene il respiro con 20 insufflazioni al minuto. Se il polso è assente e non vi sono segni vitali: inizia le CTE, associandole alle ventilazioni (rapporto 5:1).



Il Soccorritore può decidere di eseguire il massaggio cardiaco e la ventilazione artificiale solo se in grado e opportunamente formato. Diversamente, si limita ad assistere la vittima e proteggerla sino all'arrivo dei Soccorsi.



IL PAZIENTE ADULTO e QUELLO PEDIATRICO

Un Soccorritore può incorrere fondamentalmente in due tipologie di pazienti: quello pediatrico o quello adulto. L'American Heart Association, ai fini della rianimazione di base, specifica ulteriormente questa distinzione, considerando la popolazione ulteriormente suddivisa in tre classi di età:

- fino a 1 anno: **neonati e lattanti**;
- da 1 a 8 anni: **bambini**;
- oltre gli 8 anni d'età: **adulti**.

Trovarsi di fronte a un paziente pediatrico piuttosto che a quello adulto comporta la messa in atto di specifiche tipologie di manovre, a causa del diverso stato di accrescimento, di differenze psicologiche, anatomiche e fisiologiche riscontrabili tra l'adulto e il bambino. Ad esempio, nel bambino l'addome è di dimensioni più esigue, la parete e le strutture toraciche sono più morbide, meno sviluppate e più elastiche rispetto a quelle di un adulto: questo comporta l'impiego di una forza minore nelle CTE (*Compressioni Toraciche Esterne*) effettuate su un **paziente pediatrico**, per cui il MCE (*Massaggio Cardiaco Esterno*) viene effettuato **utilizzando soltanto una mano** (*nel neonato addirittura due dita*), mentre nell'adulto il MCE viene effettuato con entrambe le mani.

Il presente testo fa riferimento e prende in considerazione il paziente pediatrico: le manovre proposte devono essere effettuate sul bambino (1-8 anni d'età).

Le condizioni di emergenza che vedono coinvolti i bambini, a seguito di eventi di natura traumatica o di malori improvvisi, rappresentano una particolare difficoltà per i Soccorritori. Non è facile valutare le condizioni del bambino, in quanto non sempre si esprime in modo chiaro, quelli più piccoli addirittura non parlano. È complesso comprendere se provino dolore o altri sintomi. In più, indubbiamente, in questi casi, vi è un notevole coinvolgimento emotivo da parte del Soccorritore: la sofferenza di un bambino è difficile da comprendere e sopportare.



Come per i Soccorsi a persone adulte, anche nel caso del paziente pediatrico, i Soccorritori dovranno eseguire precisi metodi di intervento, operando secondo sequenze logiche e con manovre specifiche.

CASSETTA DEL PRIMO SOCCORSO

Il Decreto Ministeriale 15 Luglio 2003 n. 388, il così detto **“Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”**, contiene le disposizioni che regolamentano il contenuto minimo della Cassetta di Primo Soccorso e del pacchetto di medicazione che devono essere presenti nelle aziende; esso varia a seconda delle tipologie in cui la legge classifica i luoghi di lavoro (all’interno di tale decreto è confluita la legge 626 del 1994, a sua volta successivamente integrato dalle disposizioni aggiuntive e correttive dal Decreto Legislativo n. 106 del 3 agosto 2009).

A scuola, il contenuto minimo della Cassetta del Primo Soccorso si rifà a quanto previsto nell’allegato 1 del decreto (D.M. 388/03) e precisamente:

- Guanti sterili monouso (5 paia)
- Visiera paraschizzi
- Flacone di soluzione cutanea di iodopovidone al 10% di iodio da 1 litro (1)
- Flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro 0,9%) da 500 ml (3)
- Compresse di garza sterile 10x10 in buste singole (10) e 18x40 (2)
- Teli sterili monouso (2)
- Pinzette da medicazione sterili monouso (2)
- Confezione di rete elastica di misura media (1)
- Confezione di cotone idrofilo (1)
- Confezione di cerotti di varie misure pronti all’uso (2)
- Rotoli di cerotto alto 2,5 cm (2)
- Un paio di forbici
- Lacci emostatici (3)
- Confezioni di ghiaccio pronto uso (2)
- Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari (2)
- Termometro
- Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa





Un kit di Primo Soccorso ben fornito ha la capacità di tranquillizzare i feriti, soprattutto i bambini, e aiuterà l'insegnante ad affrontare qualsiasi situazione con una certa sicurezza, certo di avere tutti gli strumenti essenziali a portata di mano. Fondamentale la preparazione dei docenti: la vittima di un incidente avvenuto in un ambiente scolastico si sentirà sicuramente meno spaventata se l'insegnante dimostra di saper fasciare e bendare una ferita in modo competente, e soprattutto se è in grado di rassicurare il bambino e gestire la situazione d'emergenza, anche con il resto della classe. Aspetti forse più importanti dello stesso contenuto di una Cassetta di Primo Soccorso.



Sigle e abbreviazioni Utili in caso di emergenza

In caso di emergenza, si può rivelare utile la conoscenza ed il corretto impiego delle abbreviazioni utilizzate dalla Centrale Operativa e dai medici; non è obbligatorio conoscerle tutte, ma sarebbe bene esserne al corrente, poiché in qualunque momento ci si potrebbe trovare di fronte ad una situazione di emergenza.

Di seguito alcune tra le più importanti sigle (in riferimento al paziente pediatrico):

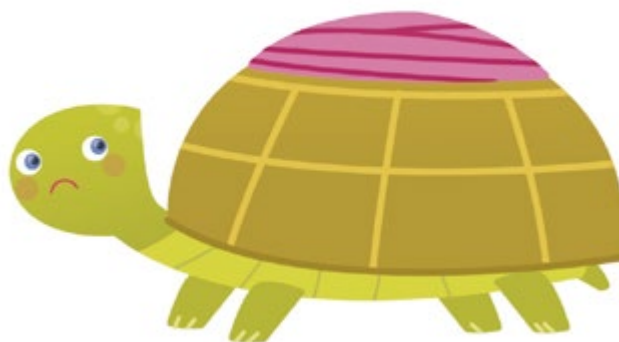
A.B.C.	A–Airways: coscienza e pervietà delle vie aeree
	B– Breathing: Respirazione (mediante G.A.S.)
	C– Circulation: Circolazione (frequenza cardiaca, cute)
G.A.S.	(Guarda–Ascolto–Sentito nella valutazione del respiro)



A.V.P.U.	A (Alert) = paziente attento che reagisce senza stimoli
	V (Verbal) = risponde allo stimolo verbale
	P (Pain) = risponde agli stimoli dolorosi
	U (Unresponsive) = non risponde ad alcuno stimolo
PBLS	(Pediatric Basic Life Support = Supporto di Base delle funzioni vitali in età pediatrica)
PLS	(Posizione Laterale di Sicurezza)
RCP	(Rianimazione cardio-polmonare)
CTE	(Compressioni Toraciche Esterne)
ACC	(Arresto Cardio Circolatorio)
PA	(Pressione Arteriosa) / FC (Frequenza Cardiaca) / FR (Frequenza Respiratoria) / TC (Temperatura Corporea)
CO	(Centrale Operativa)

Conoscere alcune di queste abbreviazioni può essere utile per poterle impiegare durante la chiamata al 118: esse, infatti, possono aiutare a rendere i soccorsi migliori e tempestivi, abbreviando i tempi e facilitando il personale medico nella comprensione della situazione, per pianificare in anticipo l'intervento necessario. Ovviamente, se non sono state ben acquisite, è bene evitare di utilizzarle, non fingendo di conoscerle o improvvisarle, perché un nostro errore di linguaggio potrebbe rivelarsi fatale.

In ogni caso, siamo il più precisi possibili e, con sigle o meno, gli operatori della centrale ci aiuteranno e ci diranno cosa fare.





MISURE IMMEDIATE PER SALVARE LA VITA

INTRODUZIONE ALLA PARTE SECONDA

Ogni insegnante spera di non dover mai affrontare un'emergenza che coinvolga i propri alunni e ne metta a repentaglio la vita. Tuttavia, è bene essere preparati ad affrontare una simile evenienza; se poi non si avrà mai occasione di mettere in pratica quanto imparato, tanto meglio. Se invece ci fosse necessità di intervenire rapidamente in una situazione grave, grazie alle conoscenze di Primo Soccorso, l'insegnante sarà in grado di proteggere il bambino da più serie conseguenze.

In questa seconda parte forniremo le principali nozioni teoriche relative al tema del Soccorso, auspicando che possano trasformarsi in conoscenze interiorizzate. La cultura del Primo Soccorso è imprescindibile nella vita di qualsiasi persona, a maggior ragione in quella di un insegnante.

Raccomandiamo di non eseguire le manovre se non si è fatta prima pratica su appositi manichini, durante la frequenza di corsi di formazione in tema di Primo Soccorso.

In ogni caso, è sempre bene chiamare il 118, per farsi guidare dagli operatori della CO, prima di compiere qualunque azione di Soccorso.





Le manovre qui descritte fanno riferimento alle ultime linee guida dell'ERC (European Resuscitation Council) del 2010 e alle indicazioni della SIMEUP (Società Italiana per la Medicina di Emergenza e Urgenza pediatrica); (Le modifiche e gli aggiornamenti ai protocolli delle linee guida ERC vengono rilasciate ogni cinque anni).

agire Rapidamente e in MODO CORRETTO in SITUAZIONI di emergenza

Ciò che più conta in situazioni d'emergenza è restare calmi e tranquillizzare il bambino. A scuola il tutto si complica perché l'insegnante, oltre a dover soccorrere e assistere il bambino infortunato, deve anche occuparsi della gestione del resto della classe. In linea di massima, gli interventi in circostanze che implicano pericolo di vita si basano su uno schema fisso, che ogni Soccorritore è tenuto a conoscere e a seguire, per garantire il buon esito del Soccorso. Tuttavia, alle indicazioni qui riportate si accosta sempre un'accurata valutazione di ogni singolo caso specifico. Inoltre, rimandiamo queste nozioni all'imprescindibile insegnamento teorico e pratico fornito frequentando gli appositi corsi di Primo Soccorso, per essere in grado di praticare correttamente le misure immediate per salvare la vita ad un'altra persona, in caso di necessità.

Per agire in modo corretto nelle emergenze è importante che il Soccorritore consideri:

- età del paziente (*in questo caso il bambino da 1 a 8 anni*);
- autoprotezione del soccorritore;
- allontanamento dalla zona di pericolo;
- controllo delle funzioni vitali (*coscienza, respiro, circolo*).





PREsa DI SOCCORSO

Per allontanare un bambino colto da malore da una zona di pericolo e metterlo in sicurezza, il soccorritore deve effettuare la **Presca di Soccorso**, cosiddetta presa di **Rautek**.

- 1 Afferrare il bambino sotto la nuca e le spalle tenendo la testa con le braccia.



- 2 Sollevare il busto del bambino e sostenerlo con le proprie gambe.



- 3 Passare entrambe le braccia del Soccorritore sotto le ascelle del bambino e afferrare con entrambe le mani l'avambraccio piegato dell'infortunato all'altezza dell'addome (i pollici sono paralleli alle altre dita per evitare pericolose compressioni sul torace).



- 4 Sollevare il corpo del bambino sulle proprie cosce e trascinarlo all'indietro, portandolo al sicuro.



CONTROLLO DELLE FUNZIONI VITALI

È necessario che un soccorritore sappia controllare le funzioni vitali (**coscienza, respiro, circolo**), per poter effettuare una prima valutazione del paziente e rendersi conto delle prime misure di soccorso da mettere in atto.

CONTROLLO DELLA COSCIENZA

Controllare lo stato di coscienza del bambino mediante:

- **stimolo verbale** (chiamare il bambino a voce alta)
- **stimolo tattile** (scuoterlo leggermente sulle spalle)
- **stimolo doloroso** (pizzicare il muscolo vicino al collo-sternocleidomastoideo).



Bambino cosciente:

assistarlo in base alle lesioni o ai disturbi rilevati.

Bambino non cosciente:

non reagisce, non risponde agli stimoli, dunque...

- 1** Chiamare aiuto senza abbandonare il bambino. Allertare al più presto i soccorsi, comunicando che il bambino è incosciente, non è vigile.
- 2** Posare il bambino di schiena su una superficie rigida.



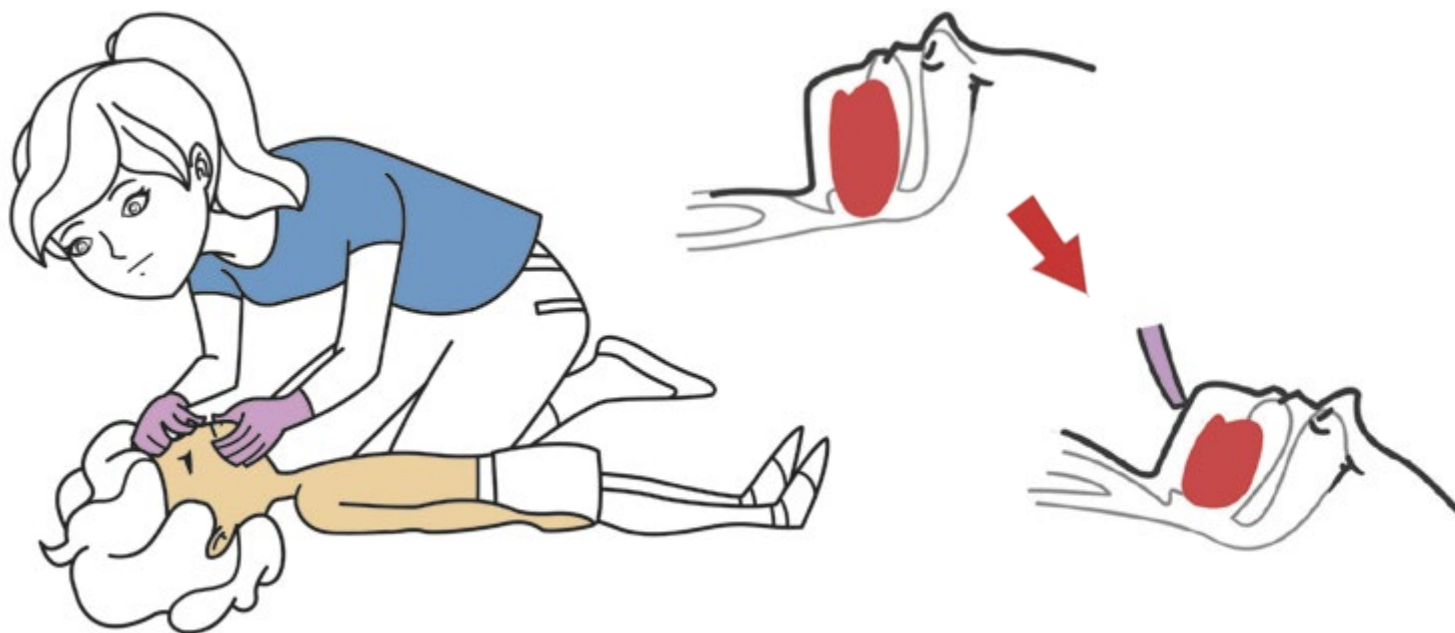


3

Liberare il torace e l'addome.

4

Liberare e mantenere libere le vie respiratorie reclinando all'indietro la testa e sollevando il mento (PERVIETA' DELLE VIE AEREE mediante IPERESTENSIONE DEL CAPO).



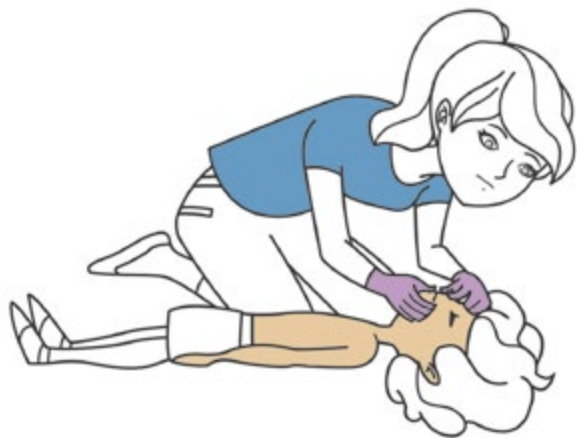
Questa manovra consente di evitare che la lingua scivoli in basso e ostruisca il passaggio di aria dall'esterno ai polmoni. Il soccorritore si posiziona a lato del bambino, mette la sua mano sinistra sulla fronte del paziente e contemporaneamente con la destra spinge il mento del bambino verso l'alto e l'avanti.

CONTROLLO DEL RESPIRO

Per verificare se il bambino respira:

- 1 Effettuare la manovra GAS (Guardo–Ascolto–Sento nella valutazione del respiro) per 10 secondi: Guardare (movimenti del torace, colorito della cute); Ascoltare (respiro e/o rumori respiratori); Sentire (aria espirata – se esce dalla bocca).





Il bambino respira normalmente:

metterlo in PLS (Posizione Laterale di Sicurezza) – Pag. 84.

Il bambino non respira in modo normale:

eseguire immediatamente 5 respirazioni bocca a bocca.



CONTROLLO DEL POLSO (CIRCOLO)

Per valutare se il cuore del bambino batte o è in arresto cardiaco:

- 1 Sentire il polso centrale (10 secondi): nel bambino è il polso carotideo, che si rileva sulla carotide, mettendo due dita sul collo dell'infortunato; se il Soccorritore non riesce a percepire il polso, per sicurezza si dovrebbe provare anche sul lato opposto del collo, oppure cercare il polso femorale.

Polso presente e il bambino respira:

adagiarlo in PLS.

Polso presente e il bambino non respira:

eseguire 20 insufflazioni per 1 minuto.

Polso assente:

iniziare immediatamente il MCE.

Bisogna tenere presente che il bambino può incorrere in due tipologie di arresto: quello respiratorio o quello cardiocircolatorio. Per sapere se ci si trova di fronte all'una situazione piuttosto che all'altra è necessario controllare i parametri vitali.

- **l'arresto respiratorio:** può verificarsi solo quando il bambino è privo di coscienza. Tra le cause che possono far cessare la respirazione vi sono: uno stato di incoscienza profonda, problemi respiratori o ostruzione delle vie aeree superiori (lingua, vomito o corpo estraneo nella trachea). Il Soccorritore inizia quindi la RCP (Rianimazione cardio-polmonare) insufflando aria nella bocca del bambino, per immettere ossigeno nell'organismo.





• **L'arresto cardio-circolatorio:** in età infantile è in genere la conseguenza di una carenza di ossigeno (a differenza degli adulti nei quali, il più delle volte, è dovuto a patologia cardiaca). Si è in presenza di arresto cardiaco quando un bambino è in stato di incoscienza, non reagisce agli stimoli verbali, al dolore o al contatto fisico, con respirazione assente e polso non percepibile. In caso di arresto cardiocircolatorio viene a mancare l'interazione tra respirazione e circolazione, per cui il Soccorritore inizia a praticare il MCE, per riattivare la circolazione, in modo che l'ossigeno ricominci ad essere trasportato a tutte le cellule del corpo. È quindi indispensabile una corretta valutazione dei parametri vitali per poter attuare immediatamente le misure di rianimazione (se il Soccorritore è uno solo, ancora prima effettuare la telefonata di Soccorso). Agire in modo tempestivo e corretto consente di contrastare una crisi che altrimenti potrebbe mettere a repentaglio la vita.

PBLS: Pediatric Basic Life Support NEL BAMBINO

Il **PBLS**, acronimo di **Pediatric Basic Life Support**, designa il supporto di base alle funzioni vitali in età pediatrica.

L'obiettivo del **PBLS** è, mediante il riconoscimento precoce di arresto cardiocircolatorio, di assicurare un apporto di ossigeno al cervello del bambino, per prevenire e contrastare il danno anossico cerebrale, nel soggetto in cui sono compromessi coscienza, attività respiratoria e attività circolatoria.

Il **PBLS** è definito da una precisa sequenza d'intervento; ciascuna azione da compiere è indicata mediante una lettera dell'alfabeto:





A = AIRWAY = VIE AEREE

B = BREATHING = RESPIRO

C = CIRCULATION = CIRCOLO

(D = DEFIBRILLATION = DEFIBRILLAZIONE.

Eeguire questa operazione solo se la struttura o il luogo in cui ci si trova è in possesso del defibrillatore e se vi sono operatori abilitati all'uso).

La sequenza PBLIS prevede, dopo aver valutato il rischio ambientale:

A = Vie aeree

Valutazione dello stato di coscienza

- **Risponde:** stato di coscienza
- **Non risponde:** è incosciente, prepararsi alle manovre di rianimazione.



azioni

- 1 CALL FAST** (chiedere aiuto velocemente senza abbandonare il soggetto) e **CALL FIRST** (attivare il 118).
- 2 POSIZIONARE IL PAZIENTE:** sdraiarlo su una superficie rigida.
- 3 INSTAURARE LA PERVIETÀ DELLE VIE AEREE** mediante **IPERESTENSIONE DEL CAPO.**





B = ReSPIRO

Valutazione del respiro (GAS per dieci secondi)

– Il bambino respira:

Stare vicino al bambino e assisterlo; adagiarlo in PLS (in assenza di traumi), per mantenere la pervietà delle vie aeree.

– Respiro assente o il bambino presenta atti respiratori agonici:

eseguire 5 ventilazioni di soccorso (respirazione bocca a bocca), insufflando aria per 5 volte nella bocca del bambino.

C = ciRCOLO

Valutazione del polso e dei segni vitali (10 secondi)

– Polso presente e il bambino respira: PLS

– Polso presente e il bambino non respira:

sostenere l'attività respiratoria eseguendo 20 insufflazioni/minuto).

– Polso assente, assenza di segni vitali (movimenti, tosse, attività respiratoria regolare) o frequenza cardiaca <60 bpm:

iniziare immediatamente il massaggio cardiaco esterno eseguendo le CTE (Compressioni Toraciche Esterne) con un ritmo di 100 al minuto.





Rianimazione CARDIOPOLMONARE: RESPIRAZIONE artificiale e COMPRESSIONI TORACICHE ESTERNE

Il Soccorritore deve effettuare immediatamente la RCP nel caso in cui il bambino soccorso non respira o non presenta un respiro normale (per esempio solo respiri sporadici e lenti), oppure il battito cardiaco è assente o le pulsazioni sono inferiori alle 60 al minuto.

Rianimazione CARDIOPOLMONARE

- 1** Mandare qualcuno a chiamare aiuto.
- 2** Distendere il bambino supino su un piano rigido e liberare il torace.
- 3** Mantenere libere le vie respiratorie iperestendendo la testa ed effettuare GAS per 10 secondi.
- 4** Aprire la bocca del bambino tenendo il mento.
- 5** Effettuare 5 INSUFFLAZIONI BOCCA A BOCCA:
 - a. tenere chiuso il naso del bambino tappando le narici con il pollice e l'indice della mano che poggia sulla fronte;
 - b. aprire la bocca continuando a tenere sollevato il mento;
 - c. il Soccorritore deve inspirare normalmente, per poi avvolgere ermeticamente con le proprie labbra la bocca del bambino soccorso;
 - d. soffiare in modo uniforme l'aria nella bocca del bambino soccorso, così che il torace si sollevi in modo visibile;
 - e. continuando a mantenere la testa iperestesa, togliere le labbra da quelle del bambino per osservare se il torace si abbassa quando l'aria fuoriesce;
 - f. inspirare nuovamente e ripetere questo processo per 5 volte.

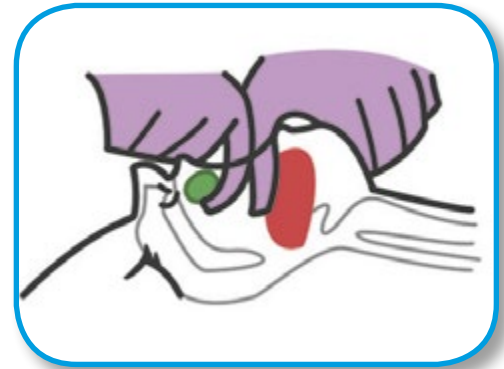




La durata di ciascuna respirazione è di circa 1/1,5 secondi, abbastanza per vedere il torace sollevarsi.

Se durante l'insufflazione il torace non si solleva:

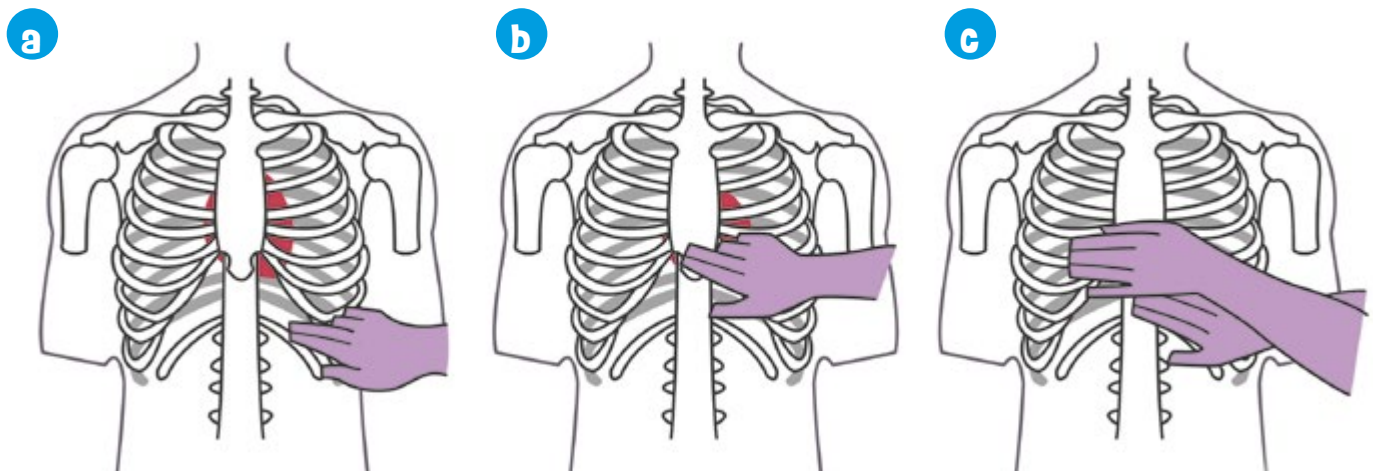
- controllare se nella bocca vi siano eventuali corpi estranei: in tal caso estrarli con una manovra "ad uncino" con due dita.
- Accertarsi che la testa sia sufficientemente iperestesa, ma non troppo, e il mento sollevato.
- Modificare la posizione della testa.



6 Dopo le 5 respirazioni, rilevare al massimo per 10 secondi eventuali segni vitali come movimenti, tosse o una respirazione normale.

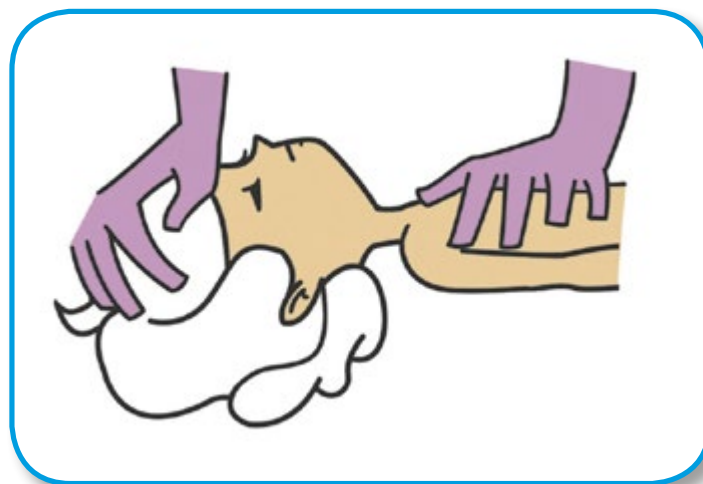
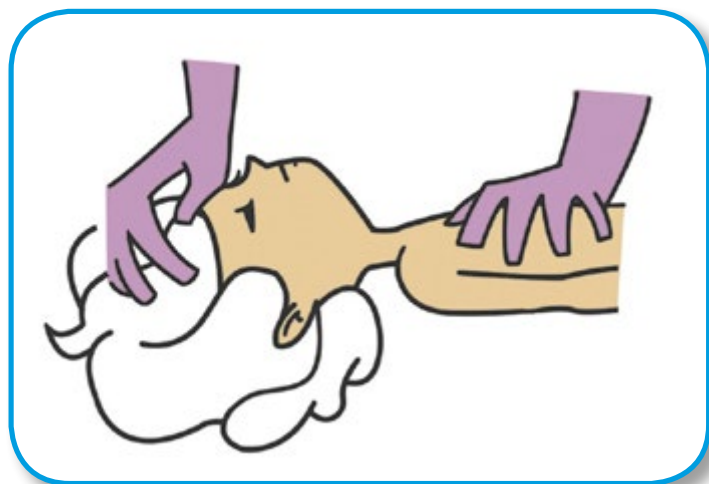
7 In assenza di segni vitali evidenti, iniziare con la **RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE**: eseguire a ritmi costanti 30 compressioni toraciche seguite da 2 ventilazioni.

Per trovare il giusto punto di compressione (punto di repere, cioè formazioni anatomiche che consentono di risalire agli organi interni) **ingincocchiarsi a lato del bambino soccorso, posizionare la parte inferiore del palmo di una mano al centro del torace sulla seconda metà inferiore dello sterno (è consigliato trovare l'angolo di incontro dell'arcata costale con lo sterno) e comprimere la metà inferiore dello sterno (circa 1–2 cm al di sopra di tale punto)**. Usare la **tecnica ad una mano**; solo se necessario, nel caso di bambini più grandi o di soccorritori piccoli, utilizzare entrambe le mani nelle CTE, sovrapponendo la seconda mano sulla prima ed incrociando le dita.





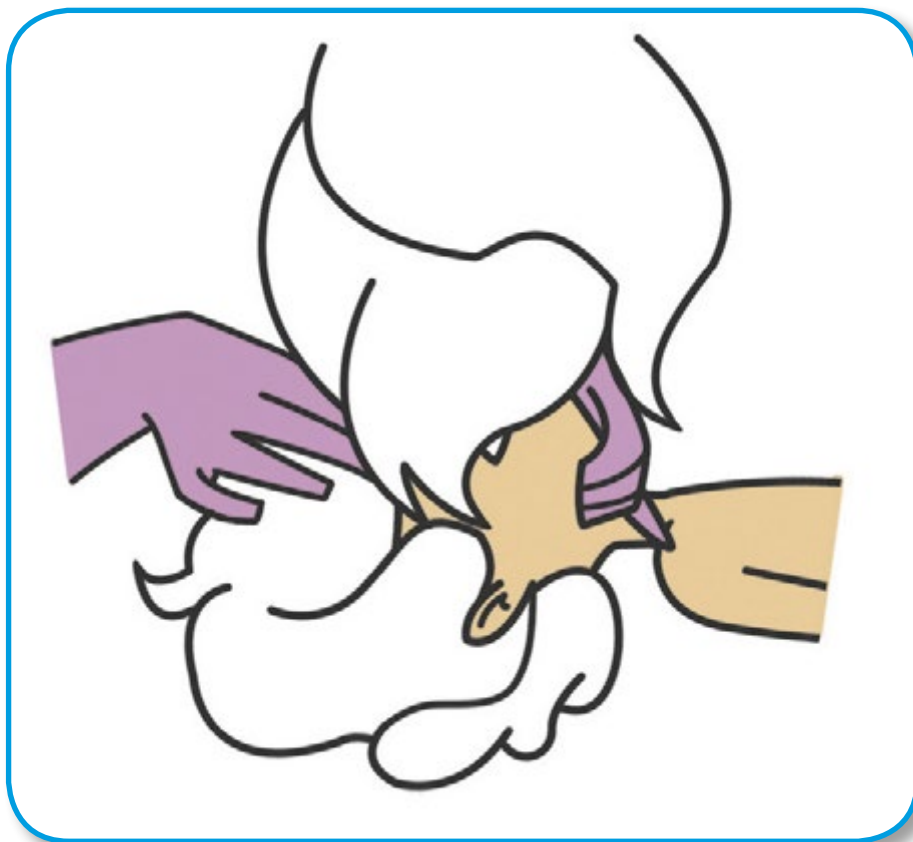
- **Comprimere verticalmente per 30 volte** lo sterno con il braccio teso, in modo che il torace si abbassi di circa 5 cm (profondità delle compressioni=circa 1/3 della distanza sterno/colonna vertebrale).
- **Fare espandere completamente il torace dopo ogni compressione senza perdere il contatto tra le mani e lo sterno.** Le fasi di compressione e distensione devono essere di uguale durata.



La **frequenza** dovrebbe essere di circa **100-120 compressioni/minuto** (circa 2 compressioni al secondo).

- 8** Dopo le 30 compressioni liberare nuovamente le vie respiratorie, reclinando la testa all'indietro e tappando il naso, quindi proseguire con altre 2 INSUFFLAZIONI.





- 9 Dopo le respirazioni riprendere subito il **MCE**.
- 10 Continuare alternando **30 COMPRESSIONI** a **2 INSUFFLAZIONI** per 1 minuto (rapporto 30:2).

Dopo circa 1 minuto di RCP (corrisponde a tre cicli di 30 compressioni e 2 ventilazioni), **valutare la presenza di segni vitali per al massimo 10 secondi**.

Se fino a questo momento nessuno ha ancora effettuato la chiamata d'emergenza, ad esempio se il Soccorritore era solo, **allertare ora i Soccorsi**. **Mantenere sempre la calma**.

In attesa dell'arrivo dei Soccorsi riprendere le 30 CTE alternandole alle 2 ventilazioni.

Proseguire con la RCP fino alla comparsa di segni vitali (movimenti, tosse o ripresa di una respirazione normale), fino all'arrivo dei Soccorsi oppure fino all'esaurimento fisico del Soccorritore.



IL SOCCORRITORE CHE ESEGUE LE COMPRESSIONI TORACICHE ESTERNE, DEVE CONTEMPORANEAMENTE CONTARE A VOCE ALTA IL NUMERO DELLA COMPRESSIONE. AL TERMINE DELLE 30 CTE, DEVE CONTARE, SEMPRE A VOCE ALTA, ANCHE LE INSUFFLAZIONI, QUESTE IN MODO PROGRESSIVO (ad esempio: 1, 2, 3, 4,... 30 compressioni; 1, 2 ventilazioni; riprendo 1, 2, 3, 4, ... 30 compressioni; 3, 4 insufflazioni, e così via). In tal modo, quando arrivano i soccorsi, si può rendere conto meglio delle manovre eventualmente già messe in atto; oppure, se altre persone o passanti sentono tale conteggio, potrebbero giungere in nostro aiuto, rendendosi conto che c'è in corso un MCE.

Nell'arresto cardiaco la chiave per una rianimazione di successo è garantire il circolo del flusso ematico agli organi del corpo, attraverso il massaggio cardiaco; lo scopo è anche quello di mantenere un idoneo rapporto ventilazione-perfusione, per allontanare l'anidride carbonica dai vasi ristretti, grazie alle insufflazioni d'aria. Vari studi sperimentali hanno dimostrato come l'associazione di queste due manovre permetta le migliori performance. Non sempre un Soccorritore si sente pronto ad effettuare la respirazione bocca a bocca; tuttavia, è bene che si incoraggi ad effettuare almeno una RCP costituita dalle sole CTE, al più senza eseguire le ventilazioni. Questa scelta può essere condizionata dalla preoccupazione derivante dal contatto diretto con la saliva del bambino soccorso. In tal caso, il Soccorritore può proteggere il contatto diretto delle proprie labbra da quelle dell'infortunato mediante un fazzoletto o una garza da appoggiare sulla bocca del bambino. Tuttavia, è bene ribadire come la massima efficienza di una RCP si ottenga praticando contemporaneamente sia le CTE che le ventilazioni.

Il PBLIS qui delineato si attiene alle Indicazioni proposte dalle Linee Guida dell'ERC. Tuttavia, è bene ricordare come vi siano altre Linee Guida, per esempio quelle dell'ILCOL (International Liaison Committee on Resuscitation) elaborate dell'AHA (American Heart Association), che modificano la sequenza di intervento nella RCP pediatrica: propongono, infatti, la sequenza CAB, che prevede di iniziare la RCP con 30 compressioni, anziché con le 2 ventilazioni, che faranno invece seguito.



OSTRUZIONE DELLE VIE AEREE DA CORPO ESTRANEO: MANOVRE DI DISOSTRUZIONE e MANOVRA DI HEIMLICH

Nonostante gli insegnanti, specialmente alla Scuola dell'Infanzia, cerchino sempre di prevenire l'insorgere di situazioni rischiose per il bambino, tuttavia è possibile che corpi estranei come cibo o giocattoli possano ostruire le vie respiratorie e impedire al bambino di respirare.

L'OSTRUZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE può essere **PARZIALE** o **COMPLETA** (spesso la parziale degenera nella completa).

OSTRUZIONE PARZIALE DELLE VIE RESPIRATORIE

Se il bambino è ancora in grado di tossire, piangere o parlare, non si deve tentare di estrarre il corpo estraneo, per evitare che sia spinto ancora più in profondità; una tosse spontanea è sicuramente più efficace di qualsiasi provvedimento preso.

- 1** Lasciare che il bambino si metta nella posizione che preferisce.
- 2** Tranquillizzare il bambino e incoraggiarlo a tossire.
- 3** Se la respirazione continua ad essere difficoltosa effettuare immediatamente la chiamata di Soccorso.

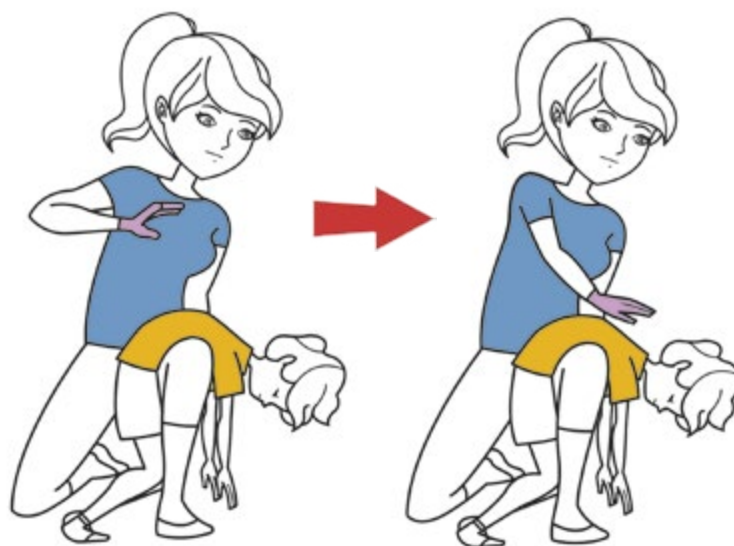
OSTRUZIONE COMPLETA DELLE VIE RESPIRATORIE

Se il bambino è ancora cosciente ma non riesce più a tossire o tossisce male o non è in grado di parlare o piangere, il soccorritore deve provare immediatamente a farlo tossire artificialmente tramite delle pacche sulla schiena, per cercare di rimuovere subito il corpo estraneo che ha chiuso completamente le vie aeree.

- 1** Il Soccorritore si mette inginocchiato dietro di lato rispetto al bambino, e fa chiamare il prima possibile i soccorsi.



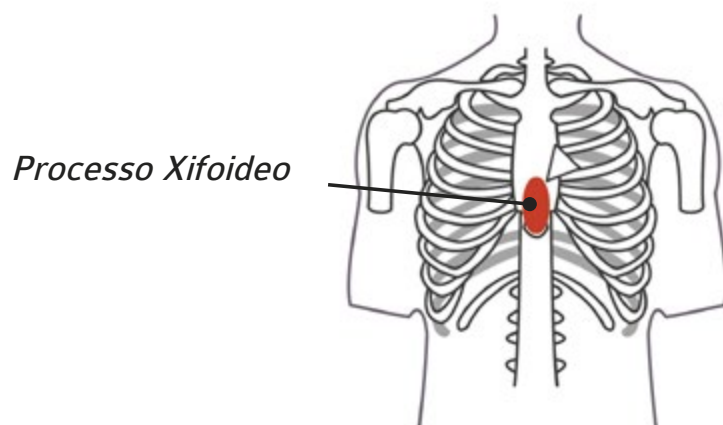
- a Il Soccorritore, prendendo il bambino per la mandibola, lo posiziona sul suo ginocchio con la testa e l'addome rivolti verso il basso; il ginocchio del Soccorritore diventa un piano declive.
- b Effettuare 5 COLPI INTERSCAPOLARI CON VIA DI FUGA LATERALE: colpire 5 volte con la mano aperta la schiena del bambino tra le scapole.



Se il bambino inizia a respirare: interrompere la manovra.

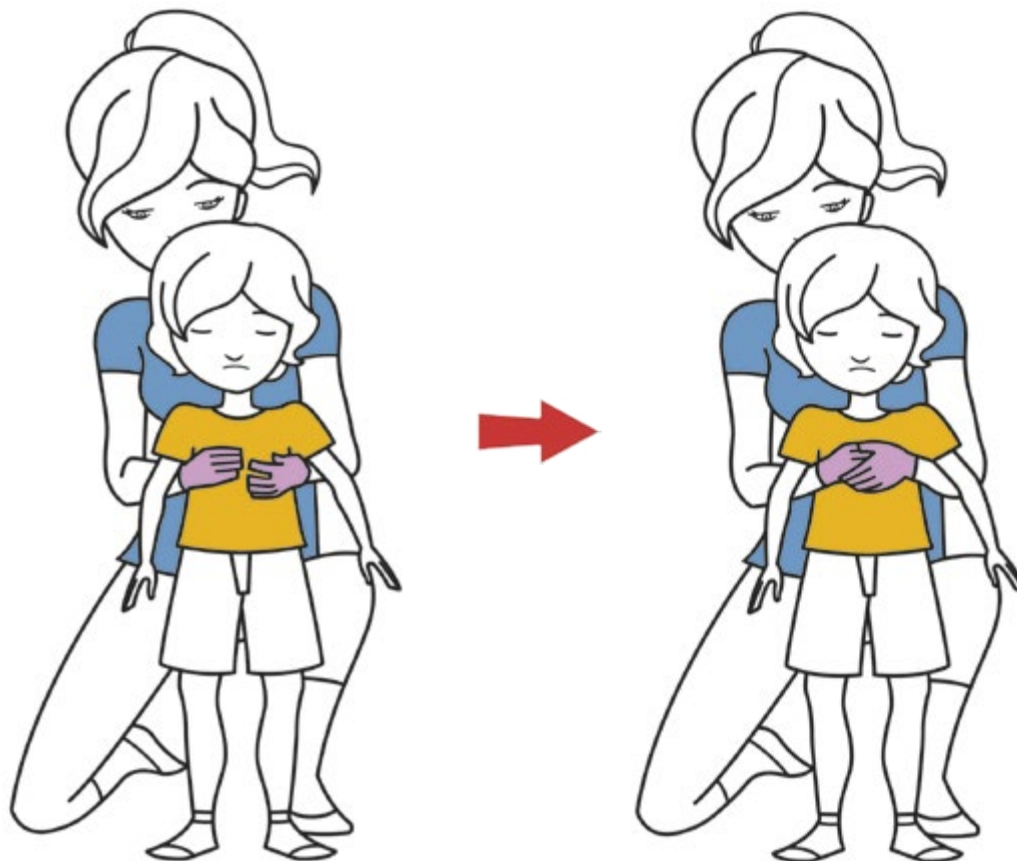
- 2 Se il bambino non respira, ma è ancora cosciente: afferrarlo da dietro sotto le braccia e **PRATICARE 5 MANOVRE DI HEIMLICH** (compressioni addominali):

- Scoprire il torace del bambino.
- Il pollice del soccorritore si appoggia sul processo xifoideo (la base dello sterno) e l'indice sull'ombelico, formando una sorta di "C" con la mano. L'altra mano passa da sotto, entra all'interno e chiude il pollice nel pugno; l'altra mano copre il pugno.





- Per 5 volte effettuare una manovra denominata **caudocraniale anteroposteriore**, detta "a cucchiaio": comprimere facendo pressione sul pugno con un movimento secco all'indietro e verso l'alto.



3 **ALTERNARE 5 PACCHE DORSALI A 5 COMPRESSIONI ADDOMINALI**, fino all'espulsione del corpo estraneo o fino a che il bambino perde coscienza.

- Se il corpo estraneo viene espulso con successo: controllare lo stato del bambino e sottoporlo a una visita medica a causa del rischio di ferite o della presenza di resti del corpo estraneo nei polmoni.
- Se l'ostruzione delle vie respiratorie persiste e il bambino diviene incosciente:
 - posizionarlo con delicatezza supino su una superficie rigida.
 - Chiamare o far chiamare il 118.





- Mano di testa sulla fronte del bambino, mano di piedi sul mento per effettuare una **modica estensione della testa**.
- **Controllare il cavo orale**: aprire ed ispezionare la bocca in ricerca di corpi estranei; in presenza il soccorritore deve estrarre il corpo estraneo, solo se affiorante, con il dito ad uncino.

Se il corpo estraneo è visibile ma non affiorante, lasciarlo dov'è e non tentare di rimuoverlo.

- Portare la testa in posizione iperestesa e sollevare il mento.
- a** Eseguire **5 INSUFFLAZIONI DI SOCCORSO**. Se il torace non espande, modificare la posizione della testa del bambino prima di tentare un'altra respirazione.
 - b** Dopo le ventilazioni, se il bambino non si muove, non tossisce o non riprende a respirare, **CONTINUARE IMMEDIATAMENTE CON IL MCE**. Dopo 3 cicli di RCP (1 ciclo=30 compressioni toraciche e 2 respirazioni) eseguire la chiamata di soccorso se nessuno ha ancora provveduto.

Proseguire con queste manovre fino allo sfinimento fisico del Soccorritore, oppure fino alla ripresa dei segni di circolo o fino all'arrivo dei Soccorsi avanzati.

L'aria insufflata, anche se non passa in gran parte, può passare in piccola parte e aiutare la ripresa del circolo ossigenato. Le compressioni effettuate sono esse stesse disostruttive e nel frattempo riescono ad impedire la degenerazione cerebrale a cui il bambino andrebbe incontro se nessuno si occupasse di lui mettendo in atto queste manovre di rianimazione in attesa dei Soccorsi avanzati.

In questo caso la RCP ha un obiettivo primario: quello di impedire la degenerazione cerebrale. Il corpo estraneo può rimanere anche incastrato nelle vie respiratorie in attesa del Soccorso avanzato, ma il Soccorritore diventa colui che ferma il tempo e che impedisce la degenerazione cerebrale.





PERDITA DI COSCIENZA e POSIZIONE Laterale di Sicurezza (PLS)

Quando il **bambino** è **privo di coscienza** non è in grado di percepire l'ambiente circostante né di eseguire movimenti volontari e la muscolatura è in genere flaccida.

Esistono vari gradi di incoscienza: l'incoscienza lieve, come il semplice svenimento, in cui il bambino reagisce ancora bene agli stimoli dolorosi, sino all'incoscienza profonda, nella quale si verifica un'interruzione delle funzioni corporee vitali come respirazione e circolazione. La profondità e la durata dell'episodio dipendono dall'entità della carenza di ossigeno.

Quando si vede a terra un bambino immobile, apparentemente collassato, procedere gradualmente, per poter riconoscere le sue condizioni e decidere quali siano i provvedimenti necessari da attuare.

Dopo aver verificato la **sicurezza della scena**, controllare lo stato di coscienza e le funzioni vitali. Dopo aver **valutato lo stato di coscienza**: se il bambino non reagisce o reagisce in modo inadeguato agli stimoli verbali, al contatto fisico e al dolore, non è cosciente si parla di **PERDITA DI COSCIENZA** o **INCOSCIENZA**.

Tra le **cause** della perdita di coscienza vi possono essere: **patologie fisiche** (febbre, epilessia, meningite o disturbi del metabolismo come il diabete), **fattori esterni** (trauma cranico, avvelenamento, insolazione, colpo di calore), **carenza di ossigeno al cervello** (per esempio a causa di problemi respiratori, insufficiente afflusso di sangue ai tessuti cerebrali o avvelenamento da gas).





MISURE DI PRIMO SOCCORSO IN CASO DI PERDITA DI COSCIENZA

- 1** Chiamare il bambino ad alta voce e scuoterlo leggermente per le spalle. Se non reagisce è da considerare incosciente.
- 2** Chiamare aiuto a voce alta senza mai abbandonare il bambino.
- 3** Sdraiare il bambino supino su una superficie rigida e liberare il torace e l'addome.
- 4** Con cautela estendere all'indietro la testa ponendo una mano sulla fronte e l'altra sotto il mento tenendolo sollevato, per **liberare le vie respiratorie**.
- 5** Controllare il respiro effettuando **GAS per 10 secondi**.

– Se il bambino respira normalmente:

metterlo in **PLS**, per proteggere le vie respiratorie; effettuare la telefonata di soccorso e controllare respirazione e circolazione.

– Se il bambino non respira in modo normale:

- controllare se le vie respiratorie sono pervie; in caso contrario, eliminare con cautela gli eventuali corpi estranei o il vomito;
- eseguire immediatamente la **respirazione artificiale** effettuando **5 RESPIRAZIONI BOCCA A BOCCA**.

In caso di un solo soccorritore, dopo un minuto di rianimazione effettuare la telefonata di soccorso, quindi riprendere la rianimazione.

Se l'attività respiratoria riprende, adagiare il bambino in **PLS**, in modo che le vie aeree rimangano libere e il vomito possa fuoriuscire senza impedimenti.



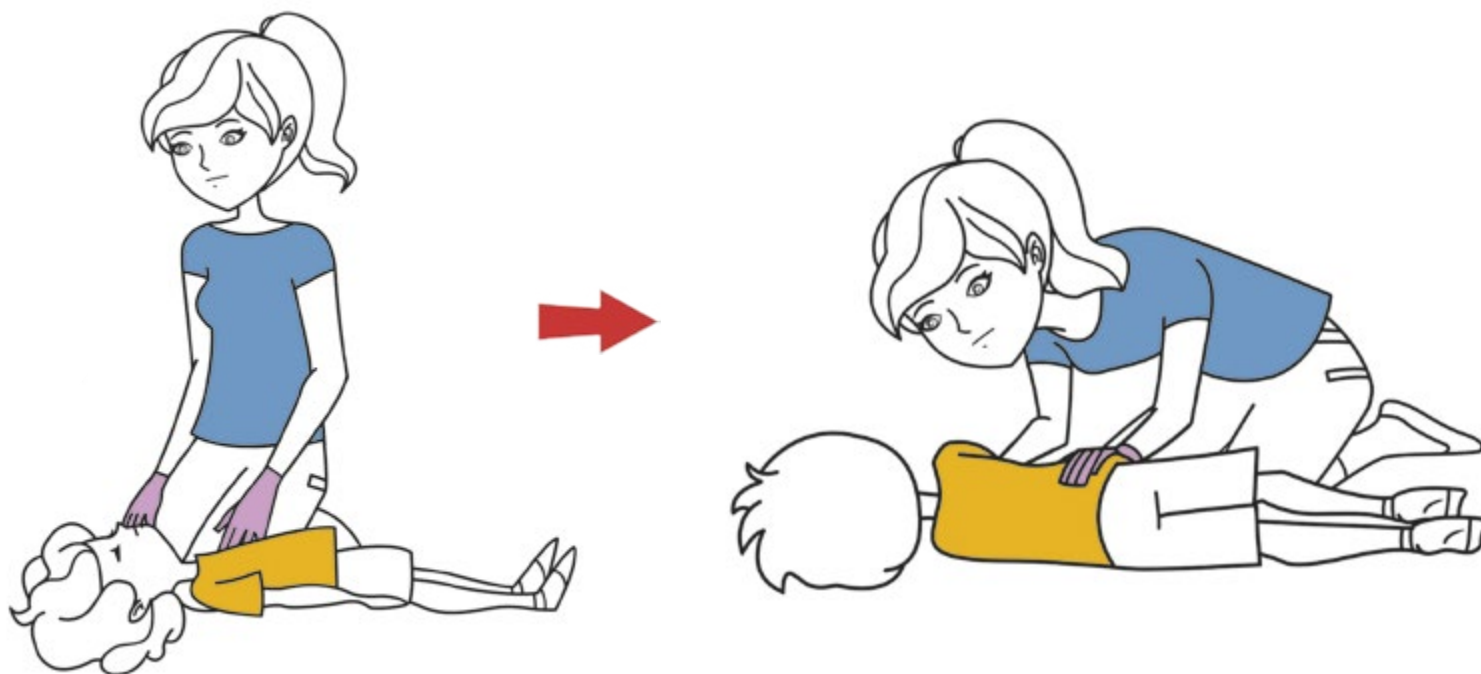


POSIZIONE Laterale di Sicurezza (PLS) DEL bambino PRIVO di CO-SCIENZA, CON RESPIRO e POLSO PRESENTI



(da non utilizzare mai in sospetto di fratture o lesioni della colonna vertebrale)

- 1** Il Soccorritore si inginocchia di fianco al bambino, che giace supino, accertandosi che entrambe le gambe dell'infortunato siano distese.
- 2** Allargare e flettere ad angolo retto il braccio del bambino più vicino a sé. Portare l'altro braccio sopra il torace e tenere appoggiato il dorso della mano alla guancia.



- 3** Flettere la gamba sul lato opposto a quello del Soccorritore e ruotare verso di sé il bambino continuando a tenere la mano appoggiata alla guancia per stabilizzare la testa, girandolo sul fianco.



- 4** Piegare in avanti la gamba e reclinare con cautela la testa all'indietro per mantenere libere le vie respiratorie.



- 5** Disporre la mano del bambino sotto la guancia, in modo tale che la testa rimanga iperestesa e che eventuale vomito possa fuoriuscire, mantenendo la bocca rivolta verso il basso.
- 6** Controllare regolarmente il respiro fino all'arrivo dei soccorsi.

La **PLS** è una semplice posizione che consente di mantenere libere le vie respiratorie ed evitare il soffocamento. È bene che ogni insegnante impari ad effettuare questa manovra.



Esempio di bambino in Posizione Laterale di Sicurezza



STATO DI SHOCK e POSIZIONE ANTI-SHOCK

“Lo shock è un collasso circolatorio acuto della circolazione periferica che, se prolungato, può provocare la sofferenza di alcuni organi vitali come cuore, cervello o rene, che ricevono una quantità inadeguata o nulla di sangue e ossigeno, a causa di una dilatazione dei vasi sanguigni, per cui la quantità di sangue disponibile non è più sufficiente a riempirli completamente” (Le Garzantine. Enciclopedia di Puericultura, Garzanti, 2012). Lo shock, se non curato, può risultare irreversibile, ovvero portare alla morte. Tra i fattori che possono indurre uno stato di shock vi sono: ipersensibilità alla puntura di insetti, reazioni allergiche, ustioni, traumi, episodi di diarrea o vomito, sudorazione eccessiva, copiosa perdita di sangue o liquidi, avvelenamenti, infezioni gravi, dolori intensi.

A seconda delle cause che lo provocano, si distinguono alcuni tipi di shock:

- **Shock cardiogeno:** origine cardiaca.
- **Shock ipovolemico:** dovuto a diminuzione del liquido presente nei vasi sanguigni, conseguente a emorragie (perdita di sangue), ustioni (perdita di plasma), forti diarree, vomito continuo, sudorazione eccessiva (perdita di liquidi).
- **Shock neurogeno:** dovuto a dolore molto intenso, trauma.
- **Shock settico:** stati infettivi con batteri presenti nel sangue—setticemia.
- **Shock anafilattico:** allergie, reazioni a farmaci.





SINTOMI DI SHOCK IN ETÀ PEDIATRICA:

- cute pallida, fredda, sudata, con possibile raffreddamento delle estremità corporee (mani, piedi).
- Labbra e base delle unghie bluastre o di un colore scuro violaceo.
- Polso rapido e percettibile con difficoltà.
- Respirazione veloce e superficiale, respiri rapidi, corti e poco profondi.
- Possibile rallentamento della respirazione o arresto respiratorio.
- Ansia, irrequietezza.
- Progressiva alterazione dello stato di coscienza o perdita di coscienza, sonnolenza, confusione mentale.

MISURE DI PRIMO SOCCORSO IN CASO DI SHOCK

- **Mantenere la calma e tranquillizzare il bambino (l'agitazione rischia di aggravare ulteriormente lo stato di shock).**
- **Avvolgere il bambino in coperte calde.**
- **Adagiare il bambino in...**





POSIZIONE ANTISHOCK: porre l'infortunato disteso al suolo, in posizione supina, con il capo a terra, tenendo le gambe della vittima ben sollevate (di circa 30°). La testa deve essere più in basso dei piedi, per consentire il ritorno dell'afflusso della massa sanguigna verso il cuore e il cervello (equivale ad una trasfusione di sangue dagli arti inferiori a quelli superiori).



In caso di trauma cranico o della colonna vertebrale o di fratture agli arti inferiori, non eseguire assolutamente questa operazione, ma limitarsi a chiamare i Soccorsi e assistere l'infortunato.

- Tenere la testa del bambino rivolta di lato, in modo che se per caso dovesse vomitare non rischia di inalare il materiale espulso, con pericolo di soffocamento.
- Effettuare la telefonata di soccorso e non lasciare mai solo il bambino.
- In caso di perdita di coscienza, sistemare il bambino in posizione stabile su un fianco (PLS).
- Monitorare costantemente lo stato di coscienza, il polso e la respirazione. Se il bambino non respira, praticare la respirazione artificiale ed eventualmente il MCE.





TAVOLE Riassuntive

(fonte: Anpas Lombardia)

TaVoLa 1

Pediatric Basic Life Support (PBLS)

Fase	Ruolo	Abilità/Valutazione	Come si esegue/intervento
Scene Survey	Soccorritore	Valuta la sicurezza della scena	Osserva e mette in sicurezza da pericoli evidenti e non evidenti (gas, corrente elettrica, etc.)
Airways Coscienza	Soccorritore	Valuta lo stato di coscienza	Stimolo verbale (chiama ad alta voce il bambino) Stimolo doloroso (pizzica il bambino a livello del bordo anteriore del muscolo trapezio)
		Posizione del bambino	Pone il bambino sul dorso, adagiato su un piano rigido; allinea capo-tronco-arti; scopre il torace
Airways Vie aeree	Soccorritore	Instaura pervietà vie aeree	Ispeziona il cavo orale; rimuove corpi estranei visibili
			Solleva il mento con una o due dita; spinge indietro la testa appoggiando l'altra mano sulla fronte e facendo perno sulla nuca
			Introduce cannula oro-faringea (mezzo aggiuntivo che facilita il mantenimento della pervietà) - Solo i socc. 118
Breathing Respiro	Soccorritore	Determina presenza o assenza dell'attività respiratoria	Mantenendo la pervietà delle vie aeree, esegue manovra GAS per 10"
		Assicura la ventilazione	Esegue 5 lente ventilazioni di soccorso, delle quali almeno 2 efficaci. Conta ad alta voce
			Osserva l'espansione del torace
Circulation Circolo	Soccorritore	Determina presenza o assenza dell'attività cardiocircolatoria (polso)	Palpa per 10" il polso carotideo; ricerca segni di circolo (movimenti respiratori, deglutizione, etc.)
	Soccorritore	Comunicazione ACC alla CO 118	Chiama la centrale e comunica l'ACC
	Partner	Assicura la circolazione attraverso il massaggio cardiaco esterno	Percorre l'arcata costale con l'indice e il medio fino a individuare la punta dell'apofisi xifoide (le stesse dita devono salire sull'apofisi). Appoggia l'eminanza dell'altra mano subito a monte delle due dita (raggiunge in questo modo la metà inferiore dello sterno). Pratica le CTE con una sola mano Esegue CTE (frequenza 100/min); deprime di 1/3 il torace. Conta ad alta voce





TaVoLa 2

Parametri vitali e peso per età

Età	FR (al minuto)	FC (al minuto)	PA sistolica (mmHg)	Peso
Neonato	30-50	120-160	60-90	3-4 kg
Lattante	30-40	120-140	70-80	8-10 kg
2-4 anni	20-30	100-110	80-95	12-16 kg
4-8 anni	14-20	90-100	90-100	18-26 kg
8-12	12-20	80-100	100-110	26-50 kg
Sopra i 12 anni	12-16	60-90	100-120	Oltre 50 kg

TaVoLa 3

Posizione Laterale di Sicurezza (PLS)

Fase	Ruolo	Abilità/ Valutazione	Come si esegue/intervento
Valutazione della scena	Soccorritore	Premessa	Effettua tutte le valutazioni di routine e, accertatosi che la vittima abbia attività respiratoria presente, ma permanga in stato di incoscienza, è possibile utilizzare la Posizione Laterale di Sicurezza (PLS)
		Posiziona la vittima	Posiziona "a V" il braccio sul quale si farà la semirotazione
			Flette il braccio opposto portando il palmo della mano sul volto
		Effettua la manovra	Mantenendo il braccio in questa posizione, posiziona le mani una sulla spalla della vittima e una sotto il ginocchio, mantenendo quest'ultimo flesso
			Ruota il paziente sul fianco e controlla l'iperestensione del capo per la fuoriuscita di liquidi
			Se la vittima dev'essere tenuta in questa posizione per tempi prolungati, ricordarsi ogni mezzora di ruotarla sul lato opposto





TaVoLa 4

Scheda riassuntiva della disostruzione del bambino (PBLs)

Ostruzione parziale		Ostruzione completa			
Con sufficiente passaggio d'aria	Con insufficiente passaggio d'aria	Nel bambino			
		Cosciente	Non appena diventa incosciente	Incosciente con anamnesi certa	Incosciente con anamnesi sconosciuta
Incoraggiare a tossire e se possibile somministrare ossigeno	Trattare come paziente ostruito	Eseguire manovra di Heimlich fino ad aver risolto il problema o finché il paziente diventa incosciente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Posizionare il paziente su un piano rigido 2. Controllare il cavo orale e rimuovere il corpo estraneo se possibile 3. Instaurare la pervietà delle vie aeree 4. Eseguire GAS per 10 secondi 5. Se non respira, eseguire 5 insufflazioni riposizionando il capo a ogni tentativo inefficace 6. Se non si riescono a ottenere almeno 2 insufflazioni efficaci, eseguire 5 pacche dorsali e 5 compressioni toraciche 7. Ritornare al punto 2. Nella sequenza successiva sostituire le 5 CTE con 5 compressioni subdiaframmatiche e alternare queste due tecniche a ogni nuova sequenza 	<p>Somministrare immediatamente 5 pacche dorsali + 5 CTE. Eseguire normale sequenza PBLs per verificare la persistenza dell'ostruzione. Se non si è risolta, nella sequenza successiva sostituire le 5 CTE con 5 compressioni subdiaframmatiche e alternare queste due tecniche a ogni nuova sequenza</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Posizionare il paziente su un piano rigido 2. Controllare il cavo orale 3. Instaurare la pervietà delle vie aeree 4. Eseguire GAS per 10 secondi 5. Se non respira, eseguire 5 insufflazioni di cui almeno 2 efficaci 6. Se non si riescono a ottenere almeno 2 insufflazioni efficaci, eseguire 5 pacche dorsali e 5 compressioni toraciche 7. Ritornare al punto 2. Nella sequenza successiva sostituire le 5 CTE con 5 compressioni subdiaframmatiche e alternare queste due tecniche





TaVoLa 5

Sintesi di disostruzione delle vie aeree da corpo estraneo nel bambino

(Fonte: Croce Rossa Italiana)

1	Ostruzione parziale: avvicinarsi al bambino e invitarlo a tossire
2	Ostruzione totale: allarme generico; non abbandonare il bambino
3	Presca mandibola del bambino e posizione sul ginocchio
4	5 pacche interscapolari con via di fuga laterale alternate a 5 compressioni di Heimlich sotto-diaframmatiche
5	Se il bambino diventa incosciente: chiamare il 118
6	Controllo del cavo orale
7	5 Insufflazioni (bocca a bocca)
8	30 compressioni toraciche per 3 volte alternate a due insufflazioni bocca a bocca
9	Non fermarsi fino all'arrivo dei soccorsi





EMERGENZE DALLA A ALLA Z

INTRODUZIONE ALLA PARTE TERZA

Il **malessere del bambino** a scuola è piuttosto frequente: nella vita di tutti i giorni con i bambini si creano spesso all'improvviso situazioni che richiedono un intervento tempestivo: il più delle volte è l'occhio attento ed esperto dell'insegnante (o del genitore) a dare il primo segno d'allarme.

L'insegnante e la figura dell'adulto in generale vengono visti dai più piccoli come figure esemplari, fonte di sicurezza e di aiuto per poter ritrovare il proprio benessere; la capacità di affrontare disturbi minori ed aiutare il bambino a restare calmo dovrebbe essere una competenza acquisita da ogni insegnante.

Il bambino è pallido, non ha voglia di giocare, ha la fronte calda, oppure è caduto, ha un'escoriazione al ginocchio, ha il mal di pancia, è colto da un improvviso raffreddore con febbre alta: sono queste le situazioni con cui gli insegnanti (e i genitori) si confrontano continuamente, per cui è dovere sapere come intervenire a seconda dei casi, anche per non deludere le aspettative dei bambini nei confronti della figura dell'adulto.

In tutte le situazioni è sempre necessario mantenere la calma e tranquillizzare il bambino.





Per aiutare gli insegnanti (e anche i genitori) ad affrontare le situazioni di emergenza, dopo aver fornito indicazioni sulle misure immediate da adottare in quelle più gravi in attesa dell'intervento del medico, parliamo delle **piccole situazioni d'emergenza** in cui un insegnante potrebbe facilmente imbattersi, che però, se ben curate con tempestività, non mettono in pericolo la vita del bambino.

A scuola (o a casa), i bambini sono spesso vittime di piccoli incidenti, in genere senza conseguenze. Gli insegnanti, i genitori e coloro che trascorrono molto tempo con i bambini devono essere preparati ad affrontare non solo le emergenze più gravi, ma anche quelle minori. Altrettanto importante è saper cogliere i possibili sintomi che il bambino manifesta, che possono rivelarsi segnali d'allarme di un qualche disturbo.

Questa parte delinea alcune tra le principali situazioni d'emergenza più frequenti nei bambini: dai disturbi meno preoccupanti (diarrea, emorragia nasale, mal di pancia, malori dovuti al caldo...) agli incidenti di varia gravità (distorsioni, fratture, ingerimento di corpi estranei, ustioni...).

Per motivi di chiarezza espositiva e per facilitare la consultazione in casi di reale emergenza, enunciamo queste situazioni seguendo l'ordine alfabetico, dalla A alla Z.

Tra le molteplici emergenze si è scelto di esplicitarne soltanto alcune, le più frequenti.

Per ciascuna emergenza viene fornita una definizione generale, con le principali caratteristiche, i possibili sintomi, talvolta le cause e azioni preventive, per favorire un tempestivo riconoscimento del problema. In seguito vengono proposte le misure di Primo Soccorso da adottare, sempre in rapporto alla valutazione di ogni singolo caso.

Se, dopo aver messo in atto le misure di Primo Soccorso, la situazione non si risolve facilmente a scuola, gli insegnanti sono tenuti ad effettuare la chiamata ai genitori del bambino per avvertirli dell'accaduto o, in caso di grave pericolo di vita, la telefonata ai Soccorsi; la scelta dell'una piuttosto che dell'altra, o di entrambe, spetta alla discrezione dell'insegnante, che valuta in base alle circostanze.



avvelenamenti

“L'avvelenamento o intossicazione può avvenire per ingestione, inalazione (attraverso le vie aeree come nel caso del fumo in caso di incendi) o contatto cutaneo con sostanze tossiche.” (Le Garzantine, Puericultura. Enciclopedia di Puericultura, Garzanti, 2012)

A scuola il bambino può avvelenarsi ingerendo sostanze e materiali impiegati comunemente nelle attività didattiche (anche se pastelli a cera e pennarelli sono tendenzialmente innocui), ma anche piante, bacche e funghi, che ad esempio può trovare nel giardino della scuola.

Il pericolo principale è legato all'azione del veleno sul cervello e sugli altri organi vitali: talvolta, infatti, si verificano perdita di coscienza e insufficienza respiratoria e circolatoria, che richiedono di effettuare una RCP (Rianimazione Cardio-polmonare). Inoltre, alcune sostanze tossiche, oltre a produrre un danno immediato, possono avere effetti a posteriori su reni, cuore, cervello e fegato, anche 12-24 ore dopo l'ingestione.

Sintomi di avvelenamento (raggruppati per apparati):

- ➔ **Apparato digerente:** nausea; vomito; abbondante secrezione salivare; dolore alla bocca; crampi e dolori addominali; diarrea; ittero.
- ➔ **Apparato respiratorio:** tosse; difficoltà respiratoria; cianosi.
- ➔ **Apparato circolatorio:** alterazione dei battiti cardiaci (in aumento o in diminuzione); ipotensione arteriosa (diminuzione della pressione sanguigna).
- ➔ **Sistema nervoso:** convulsioni; alterazione dello stato di coscienza; coma; allucinazioni; alterazioni visive.



MISURE DI PRIMO SOCCORSO IN CASO DI AVELLENAMENTO

- **Mantenere la calma e tranquillizzare il bambino.**
- **Aprire la bocca al bambino in modo deciso e cercare di rimuovere il materiale tossico eventualmente presente.**
- **Chiamare il Centro Antiveleni (o far chiamare il pediatra ai genitori).**
- **Perdita di coscienza, segni di avvelenamento, chiara ingestione di sostanze molto tossiche, stato confusionale: se necessario, attuare le misure immediate di supporto alle funzioni vitali e chiamare i Soccorsi; raccogliere un campione di sostanza tossica.**
- **Ingestione di sostanze corrosive: fare bere subito un bicchiere di acqua al bambino; evitare di indurre il vomito (il reflusso può causare ulteriori danni agli organi interni che la sostanza attraversa).**
- **Ingestione di benzina, solventi, oli per lampade o sostanze schiumogene: evitare di far bere il bambino; evitare di indurre il vomito; controllare la respirazione; chiamare subito il Pronto Soccorso.**
- **È consentito indurre il vomito con bambino ben cosciente, non in stato confusionale, quando l'intossicazione dipende da sostanze normalmente assunte per bocca (alimenti, farmaci, erbe, nicotina, alcol).**



che cosa NON fare

- **Evitare di recarsi in Pronto Soccorso prima di aver capito se il bambino ha realmente ingerito la sostanza tossica (potrebbe averla nascosta da qualche parte).**
- **Evitare di far vomitare un bambino molto agitato, sonnolento, in coma, con le convulsioni o che si sospetta abbia ingerito prodotti detergenti, benzina o idrocarburi, solventi o caustici.**
- **Evitare di applicare medicinali o altre sostanze sulla parte colpita se il prodotto tossico ha causato un'ustione.**



Il grado di pericolosità degli avvelenamenti dipende dalla sostanza ingerita e dalla sua quantità in rapporto al peso corporeo; la velocità con cui la sostanza tossica è assorbita dall'organismo è legata anche al grado di pienezza dello stomaco al momento dell'ingerimento. Se si sospetta che il bambino abbia ingerito una sostanza tossica ma non si sa quale sia, si deve agire sempre partendo dal presupposto di maggiore gravità, cioè ritenendo che l'intossicazione sia la più alta: in questo modo, non si corre il rischio di sottovalutare la gravità della situazione.

child abuse: il bambino maltrattato

Si definisce abuso ogni atteggiamento fisico, psicologico o sessuale in cui il bambino è coinvolto senza la sua volontà, è maltrattato, malmenato, anche con episodi ripetuti nel tempo; può riportare danni fisici immediati, come lesioni esterne, ma anche lesioni interne degli organi viscerali non visibili immediatamente o, nel tempo, disturbi della personalità e danni psicologici.

L'abuso è un fenomeno difficile da individuare e quantificare, in quanto spesso i responsabili sono gli stessi genitori, che tendono a negare il fatto.

L'insegnante, essendo molto tempo a stretto contatto con il bambino, potrebbe riconoscere una situazione di abuso parlando con lo stesso bambino, osservandone comportamenti anomali, ma anche attraverso un esame obiettivo che rileva la presenza di ematomi, ecchimosi, lividi, morsi, lesioni cutanee, ustioni, fratture, trauma cranico o lesioni al cervello con emorragie craniche anche a livello oculare.

Alcune caratteristiche dei responsabili dell'abuso potrebbero essere: inadeguata spiegazione dell'accaduto, ritardata ricerca di assistenza medica, preoccupazione per l'imprevisto, aggressività verso il bambino, scarsa partecipazione con i medici, atteggiamento nervoso e sfuggente.

L'insegnante, in caso di sospetto abuso, ma sempre con la massima cautela, è tenuto ad effettuare una segnalazione all'autorità giudiziaria.

Esiste anche un apposito servizio a cui ci si può rivolgere, il **Telefono Azzurro**, che si occupa appositamente di questa problematica.



CONTUSIONI e DISTORSIONI

“Una contusione è una lesione del corpo prodotta da un urto contro un corpo contundente, senza lacerazione della cute. Una distorsione, invece, è un trauma delle articolazioni causato da falsi movimenti; (la più comune distorsione è quella della caviglia: si verifica quando un osso esce dalla sua sede articolare, rientrandovi immediatamente dopo; nei casi gravi questa fuoriuscita può provocare una lacerazione dei legamenti)” (Zoppetti A., “Primo Soccorso. Cosa fare e non fare nei casi di emergenza” , 2012, Hoepli)

Le distorsioni delle articolazioni si verificano di frequente in seguito a cadute o incidenti banali (ad esempio, quando si storce una caviglia) ed è facile che capitino anche in ambiente scolastico, nonostante le perenni attenzioni degli insegnanti.

In base al tipo di incidente, all'intensità del dolore e all'entità del gonfiore dovuti all'ematoma, in genere un insegnante dovrebbe essere in grado di distinguere correttamente tra contusione e distorsione.

- ➔ **Sintomi di contusione:** tumefazioni e lividi; ecchimosi: macchia rossa, poi violacea, poi giallognola, quindi tendete alla scomparsa (deriva da rottura di capillari che versano il sangue nei tessuti superficiali); ematoma: esteso, gonfio e scuro (travasato di sangue più abbondante).
- ➔ **Sintomi di distorsione:** dolore nei movimenti; gonfiore localizzato nella parte traumatizzata.



MISURE DI PRIMO SOCCORSO IN CASO DI CONTUSIONI E DISTORSIONI



- Applicare impacchi freddi, immergendo una pezzuola nell'acqua ghiacciata, strizzarla e premerla sulla zona traumatizzata, o avvolgerla intorno all'articolazione distorta (sempre attraverso un panno e mai a diretto contatto con la pelle) per indurre una vasocostrizione.
- Applicare una fasciatura o un bendaggio.
- Sollevare l'arto traumatizzato e tenerlo a riposo.
- Possibilità di emorragia: esercitare un'adeguata pressione per arrestare le fuoriuscite di sangue.
- Tenere sotto controllo il bambino e rivolgergli domande sull'incidente per individuare eventuali traumi supplementari.

In caso di contusione al capo, forti dolori o di gonfiore marcato, è bene che l'insegnante suggerisca ai genitori di rivolgersi al pediatra, il quale potrà richiedere una radiografia, per escludere un trauma o una frattura più grave. Invece, se la contusione non interessa zone a rischio, come organi interni, non c'è da preoccuparsi: ecchimosi e ematomi regrediscono in poco tempo.

CONVULSIONI

“Le convulsioni, o attacchi parossistici, consistono in un susseguirsi di contrazioni e movimenti involontari di uno o più muscoli dello scheletro.” (Zoppetti A., op. cit.)

È bene che un insegnante sappia come comportarsi in caso di crisi convulsiva, dal momento che “il 5% circa della popolazione generale soffre almeno una volta nella vita di convulsioni. Le convulsioni occasionali si verificano molto spesso in età infantile: nel 75% dei casi sono convulsioni febbrili, ovvero scatenate a seguito di un rapido rialzo della temperatura corporea”. (Hofmann D., Hofmann U., Primo soccorso per i bambini, Tecniche Nuove, 2003)



Le convulsioni possono anche essere causate da punture di insetti, avvelenamenti (nicotina), disturbi del metabolismo (ipoglicemia) o meningite; esse vanno distinte dall'epilessia, la quale invece si origina nel sistema nervoso ed è ripetitiva ("malattia neurologica cronica del sistema nervoso caratterizzata da crisi provocate da una eccessiva scarica elettrica dei neuroni; comporta una perdita improvvisa di coscienza, con la caduta a terra dell'individuo, con o senza convulsioni" - Le Garzantine, Puericultura. Enciclopedia di Puericultura, Garzanti, 2012).

Ogni crisi convulsiva comporta il rischio che le vie respiratorie si occludano e si verifichi una mancanza di ossigeno, soprattutto se la durata della crisi supera i 10/15 minuti. Il bambino in preda alle convulsioni, inoltre, può riportare traumi, per esempio a causa di una caduta improvvisa.

Sintomi di crisi convulsiva:

- ➔ Improvvisa perdita di coscienza: il bambino smette di reagire, talvolta rovescia gli occhi; respiro sibilante; la cute pallida o bluastra.
- ➔ Spasmi in estensione e flessione (tensione estrema di singoli gruppi muscolari) o contrazioni muscolari (tensione e rilassamento ritmici di singoli gruppi muscolari) che interessano simmetricamente entrambe le braccia o le gambe.

MISURE DI PRIMO SOCCORSO IN CASO DI CRISI CONVULSIVE



- Effettuare la telefonata di Soccorso.
- Proteggere il bambino da possibili lesioni, ma evitare di tenerlo fermo con la forza; adagiarlo per terra, cercando di impedire che si ferisca durante i movimenti, slacciare gli indumenti che possono costringere e fare attenzione che le vie aeree non siano ostruite da lingua, secrezioni o altro.
 - Mai mettere le mani in bocca al soggetto in corso di crisi.
 - Controllare circolazione e respirazione.



- Dopo la crisi, se necessario, praticare le misure immediate di supporto alle funzioni vitali. In caso di perdita di coscienza adagiarlo in PLS (Posizione Laterale di Sicurezza).
- Durante la crisi prestare attenzione a: durata delle convulsioni; movimenti muscolari (flessioni, estensioni, irrigidimenti, contrazioni); respirazione (rumori, frequenza e profondità dei respiri, arresto respiratorio); stato di coscienza (reazione agli stimoli verbali, sonnolenza, stupore, incoscienza); occhi (posizione, dilatazione delle pupille, riflesso pupillare); reazione generale (sudore, salivazione).

CORPI ESTRANEI (NASO, ORECCHIO, OCCHIO, PELLE)

Mettere in bocca, nel naso o nelle orecchie piccoli oggetti è un gesto molto frequente nei bambini, soprattutto nei più piccoli. Queste situazioni possono essere provocate volontariamente, magari per gioco, oppure vi sono delle evenienze accidentali, nonostante gli istituti scolastici mettano in atto le necessarie misure di sicurezza per prevenirle.

In base alla localizzazione dei corpi estranei (naso, orecchio, occhio, pelle) bisogna adottare specifiche misure di Primo Soccorso.





MISURE DI PRIMO SOCCORSO IN CASO DI CORPO ESTRANEO NEL NASO

- Rischio se l'oggetto è introdotto nella parte posteriore del naso: può passare dalla gola all'apparato respiratorio e ostruirli.
- Corpo estraneo nella parte anteriore della narice: far soffiare il naso al bambino, comprimendo la narice libera (se l'oggetto non fuoriesce al primo o al secondo tentativo, rivolgersi al medico).
- Sanguinamento dal naso, naso chiuso, raffreddore abbondante: sospetto oggetto all'interno della mucosa

MISURE DI PRIMO SOCCORSO IN CASO DI CORPO ESTRANEO NELL'ORECCHIO



- Eliminare il corpo estraneo nel condotto uditivo (insetti, piccoli giocattoli, vegetali o altri materiali) con irrigazioni:
- 1) far piegare al bambino la testa dal lato opposto dell'orecchio colpito;
- 2) versare all'interno del condotto uditivo tanta acqua da riempire tutto il condotto, facendo tenere al bambino la bocca aperta, per equilibrare la pressione che si determina all'interno dell'orecchio.
- 3) far piegare la testa dall'altro lato per favorire la fuoriuscita dell'oggetto incastrato.





MISURE DI PRIMO SOCCORSO IN CASO DI CORPO ESTRANEO NELL'OCCHIO



- Se posizionato sull'iride o sulla pupilla o incastrato nella parte bianca dell'occhio: non tentare di rimuovere il corpo estraneo (e lesioni provocate da un intervento maldestro sono tali da compromettere la vista). Chiedere al bambino di aprire e chiudere l'occhio: la funzione di detersione delle lacrime potrebbe espellere il corpo estraneo in modo naturale. Se dopo qualche minuto il corpo estraneo non viene espulso spontaneamente, aprire l'occhio del bambino con due dita e versarvi soluzione fisiologica.
- Corpo estraneo sotto la palpebra inferiore: chiedere al bambino di guardare verso l'alto; nel frattempo il Soccorritore con il suo pollice abbassa la palpebra inferiore del bambino e asporta il corpo estraneo con una garza sterile o con un fazzoletto pulito.
- Corpo estraneo sotto la palpebra superiore: il Soccorritore prende tra le dita le due palpebre del bambino e le tira leggermente in avanti; quindi chiede al bambino di guardare verso il basso.

Se con queste manovre non si riesce ad espellere il corpo estraneo e il bambino continua ad accusare dolore, ad avvertire la presenza di qualcosa o non riesce a tenere bene aperto l'occhio, occorre chiamare i genitori e far portare il bambino in ospedale, dopo avergli bendato l'occhio perché rimanga chiuso. Per il bendaggio utilizzare garze sterili sovrapposte, oppure un fazzoletto che potrà essere fissato anche con del comune scotch. Non applicare nessun farmaco sull'occhio.





MISURE DI PRIMO SOCCORSO IN CASO DI CORPO ESTRANEO NELLA PELLE

- Tra i più comuni corpi estranei che si possono conficcare nella pelle: spine o schegge di legno.
- Possibilità di infezione: tenere pulita la zona di pelle lesionata, lavandola periodicamente con acqua e sapone e disinfettandola due volte al giorno.
- Se non determinano dolore e sono conficcate verticalmente nella pelle: non intervenire, perché verranno espulse spontaneamente.
- Se la spina provoca dolore: il Soccorritore deve procedere all'estrazione del corpo estraneo. Dapprima esegue un impacco con acqua calda salata; poi sterilizza su fiamma le pinzette che si utilizzeranno e le lascia raffreddare. Quindi il Soccorritore afferra il corpo estraneo per l'estremità che sorge dalla pelle (se è sotto pelle e non vi sono punti di presa lacerare leggermente la pelle con un ago, sterilizzato su fiamma o preso da una siringa sterile non usata, per sollevarne un'estremità) ed estrae con la pinzetta il corpo estraneo.
- Infine disinfetta la zona.

I bambini sono protetti contro il rischio di tetano dalle vaccinazioni di legge; è necessario anticiparne il richiamo solo nel caso in cui il corpo estraneo resti conficcato e sia imminente la scadenza del vaccino.

Per qualsiasi corpo estraneo che non si riesca a rimuovere con facilità, è preferibile che la scuola chiami i genitori, affinché portino il bambino in Pronto Soccorso o si rivolgano al pediatra. Spesso, infatti, i tentativi maldestri di estrazione dell'oggetto risultano più pericolosi della stessa introduzione accidentale.





DiaRRea

“La diarrea è l’espulsione frequente di feci liquide, talvolta accompagnata da dolori addominali. Non è una malattia, ma il sintomo di varie situazioni patologiche. Può avere molteplici cause tra le quali: eccessi alimentari, patologie della regione addominale, disturbi digestivi, colpi di freddo, avvelenamento o intossicazione, intolleranza alimentare, infezioni intestinali, salmonellosi o altre malattie infettive, somministrazione di farmaci (antibiotici), torsione dell’intestino (volvolo).” (Zoppetti A., op. cit.)

I sintomi di diarrea (variano con le cause che la provocano):

scariche, nausea, vomito e cefalea in caso di indigestioni; febbre in caso di infezioni virali, crampi e vomito in caso di avvelenamento.

Segni d'allarme in caso di diarrea:

secchezza di cute e mucose; assenza di sete; diuresi insufficiente; bulbi oculari infossati, sonnolenza, apatia; perdita di peso; alterazione dello stato di coscienza, convulsioni, segni di shock (cute pallida, fredda, marmorea, polso troppo veloce o troppo lento, agitazione); arresto respiratorio, insufficienza cardiovascolare. Se le condizioni del bambino si aggravano o presenta i sintomi della disidratazione è necessario chiamare i Soccorsi.

MISURE DI PRIMO SOCCORSO IN CASO DI DIAARRREA



- **Reintegrazione dei liquidi: far bere molto il bambino ed evitare bevande fredde. Spesso le emergenze in età infantile sono dovute a una compromissione dell’attività respiratoria (dispnea). I bambini sono più soggetti degli adulti a tali problemi, in quanto le vie aeree sono molto sensibili e strette.**





DiSPNEa

Le cause più frequenti di dispnea infantile sono rappresentate da laringite ipoglottica, asma, punture di insetti e corpi estranei inalati o inghiottiti.

Sintomi generici dei problemi respiratori: irrequietezza, ansia; rumori respiratori, tosse, retrazioni intercostali, respiro rapido e affannoso; stridore e dispnea durante l'inspirazione (restringimento vie aeree superiori); stridore e dispnea durante l'espirazione (restringimento vie aeree inferiori - bronchi, polmoni); conati di vomito, aumento salivazione, dolore retro sternale (restringimento posteriore della trachea - esofago); unghie bluastre, cute pallida, tendente al bluastro o al grigio; battito cardiaco inizialmente accelerato, poi più lento e irregolare.

I disturbi respiratori possono svilupparsi in modo lento: spesso, all'inizio i sintomi sono poco marcati, ma l'attività respiratoria può diventare sempre più debole, fino all'arresto completo. Bisogna sempre tenere presente che la situazione può peggiorare improvvisamente e se non si interviene immediatamente in modo corretto, il bambino può anche subire l'arresto cardiaco.

MISURE DI SOCCORSO IN CASO DI DiSPNEa

- **Fare sedere il bambino con il busto eretto, o prenderlo in braccio, e spiegarli come deve respirare (se cosciente), tranquillizzandolo.**



In questa posizione il bambino riesce a respirare meglio.



- Effettuare la telefonata di Soccorso, mantenendo la calma.
- Mettere in atto le misure immediate di supporto alle funzioni vitali (se privo di coscienza).
- Non premere la base della lingua (ad esempio con un cucchiaino per guardare la gola).
- Rilevare il polso sul braccio o sul polso (non sul collo: in simili condizioni i nervi in questa zona sono sensibili ed eccitandoli si può scatenare un arresto cardiaco).
- Non far agitare il bambino; non trasportare il bambino.

eMORRAGIE

“L’emorragia è una fuoriuscita del sangue dai suoi vasi. A seconda che il sangue si riversi all’interno o all’esterno del corpo si ha un’emorragia interna o esterna.” (Zoppetti A., op. cit.)

Nel bambino in ambito scolastico, solitamente, le emorragie sono lievi. Nonostante ciò, bisogna tenere presente che qualsiasi emorragia, esterna o interna, implica un rischio di dissanguamento tanto maggiore quanto più il bambino è piccolo, a causa del circolo di minori litri di sangue rispetto ad un adulto, che si possono quindi perdere più rapidamente. Un’emorragia pericolosa si riconosce dalla quantità di sangue persa e dal rapido peggioramento delle condizioni, che possono degenerare in uno stato di shock.

Sintomi di emorragia grave:

il sangue fuoriesce a spruzzi o fluisce abbondantemente; le macchie di sangue sugli abiti si ingrandiscono e il sangue gocciola dagli indumenti; il bambino manifesta pallore, irrequietezza o vertigini; compaiono segni di shock.



MISURE DI PRIMO SOCCORSO IN CASO DI EMORRAGIA

- Applicare una garza sterile sulla ferita ed esercitare una pressione sulla fonte del sanguinamento; applicare una fasciatura compressiva.
- In caso di ferite al capo tenere sollevata la testa (solo se cosciente).
- Emorragia a braccio o gamba: tenere sollevato l'arto ferito (l'emorragia diminuisce non appena la parte sanguinante si trova al di sopra del livello del cuore).
- Esercitare pressione sull'arteria a monte della ferita (l'utilizzo del laccio emostatico è consentito solo in casi gravissimi e soltanto il medico è autorizzato a scioglierlo, perché può subentrare uno stato di shock – il Soccorritore che lo applica deve annotare l'ora dell'applicazione).

Dopo la prima medicazione dell'emorragia effettuare la telefonata di Soccorso: solo il trattamento medico può ripristinare tempestivamente parte del fluido perso; nel frattempo la scuola avverte i genitori del bambino.

• EMORRAGIA NASALE (EPISTASSI)

L'epistassi è "un'emorragia exteriorizzata che consiste nella fuoriuscita di sangue dal naso per cause traumatiche o patologiche, come la rottura di un capillare o l'eccessiva pressione sanguigna" (Zoppetti A., op. cit.).

La perdita di sangue può essere monolaterale (frequente-dovuta a rottura o lesioni dei vasi sanguigni), oppure il sangue esce contemporaneamente da ambedue le narici (raro malattia a carico di tutto l'organismo). È importante far defluire il sangue che altrimenti rischia di essere inghiottito od ostruire le vie respiratorie.

L'epistassi si verifica in genere dopo lunghi raffreddori, talora dopo un colpo, un urto o corpi estranei nel naso, spesso anche se il bambino mette di frequente le dita nel naso. Se è trattata correttamente, di solito, si arresta rapidamente.



MISURE DI PRIMO SOCCORSO IN CASO DI EPISTASSI



- Restare calmi, tranquillizzare il bambino e farlo sedere.
- Fare inclinare la testa in avanti (mai all'indietro: favorirebbe l'afflusso del sangue, attraverso la parte posteriore del naso, in gola, esofago e stomaco, con possibilità di vomito e nuovo episodio di epistassi).
- Il Soccorritore deve comprimere esternamente la narice interessata per qualche minuto, per favorire la cicatrizzazione dei vasi sanguigni.
- Fare impacchi di ghiaccio o applicare panni inumiditi in acqua fredda su nuca, fronte e dorso del naso (provoca vasocostrizione).



Applicare panni inumiditi in acqua fredda sulla nuca e sulla fronte e premere la narice interessata.

Se l'emorragia non cessa entro mezz'ora, il sanguinamento è profuso o inarrestabile con segni di shock, l'insegnante, valutando la gravità del caso, decide se chiamare il 118 o i genitori, per portare il bambino al Pronto Soccorso.

Nel caso in cui l'insegnante rilevi epistassi ricorrenti, è bene avverta i genitori del bambino, invitandoli a consultare il pediatra.



La febbre, propriamente chiamata “iperpiressia”, è spesso motivo di preoccupazione e timore per insegnanti e genitori. In realtà, non è pericolosa, ma è uno dei meccanismi di difesa più frequentemente utilizzati dall’organismo per difendersi dall’attacco di agenti esterni come batteri, virus, tossine, funghi ecc. Queste sostanze sono dette pirogeni esogeni e stimolano alcune cellule del sangue a liberare una piccola proteina, il pirogeno endogeno, capace di agire direttamente sul centro termoregolatore dell’organismo, che si trova nel cervello (nell’ipotalamo anteriore). Di conseguenza, il livello di questo termostato interno si innalza, provocando la febbre, cioè un aumento della temperatura corporea dovuta al rialzo del punto di equilibrio del termostato ipotalamico. L’organismo aumenta la temperatura interna per combattere meglio le infezioni: dunque, la febbre è una risposta positiva dell’organismo alle infezioni e potenzia l’attività del sistema immunitario.

Tra le **principali cause** della febbre: infezioni virali, otite, faringiti, influenze.

A scuola può capitare frequentemente che un bambino abbia la febbre: un insegnante se ne può accorgere facilmente perché vede il suo alunno poco vivace, senza voglia di giocare; come spesso accade, la maestra con il palmo della mano cerca di percepire il calore della fronte del bambino, per poi eventualmente procedere a misurare la temperatura, prendendo il termometro dalla Cassetta del Primo Soccorso.

Tra i diversi metodi per determinare la temperatura corporea, il migliore è il termometro a mercurio; nonostante ciò, spesso a scuola, per motivi di praticità, viene utilizzato quello elettronico (in entrambi i casi la misurazione è ascellare); quasi mai a scuola la misurazione è orale o rettale (invece più precise). Inoltre, in base a dove viene misurata, variano i parametri di riferimento: febbre temperatura ascellare $> 37,2\text{ }^{\circ}\text{C}$; febbre temperatura orale $37,6\text{ }^{\circ}\text{C}$; febbre temperatura rettale $> 38\text{ }^{\circ}\text{C}$.

La temperatura corporea non ha un valore specifico, bensì un range di normalità, di $36,8\text{ }^{\circ}\text{C} \pm 0,4\text{ }^{\circ}\text{C}$.

Sfatiamo un pregiudizio: $37,2\text{ }^{\circ}\text{C}$ è temperatura fisiologica, non febbre!



Convenzionalmente:

- Da 36,0 a 37,5 °C = temperatura normale
- Da 37,6 a 38,0 °C = rialzo della temperatura
- Oltre 38,0 °C = febbre
- Oltre 39,0 °C = febbre alta



Inoltre, vi sono diversi tipi di febbre, a seconda di come oscilla la temperatura: continua, remittente, intermittente, ondulante; in più, il ritmo circadiano che si alterna nella giornata comporta variazioni giornaliere della stessa temperatura corporea (più bassa di mattina e aumenta di sera).

Possibili sintomi della febbre:

brividi, mani fredde, volto arrossato; debolezza, spossatezza, sensazione di malessere; bambino lamentoso, facile al pianto, astenia (senso del vomito).

Possibili conseguenze della febbre:

aumento perdite idriche attraverso sudorazione (possibile polipnea-disidratazione); tachicardia (aumento battito cardiaco); aumento respirazione.





MISURE DI PRIMO SOCCORSO IN CASO DI FEBBRE

- Fare bere molto il bambino (assicurare sufficiente apporto di liquidi).
- Non costringere a mangiare contro voglia.
- Non coprire eccessivamente il bambino (dispersione del calore e traspirazione della pelle favoriti riducendo il numero di indumenti).
- Stare in un ambiente relativamente fresco per favorire l'evaporazione del calore.
- Misure fisiche come impacchi e spugnature.
- Chiamare immediatamente il 118 se il bambino improvvisamente diventa apatico, le sue condizioni peggiorano in fretta, strilla in modo penetrante, compaiono convulsioni o lividi o alterazioni dello stato di coscienza.

Se il bambino si trova a scuola, di norma gli insegnanti chiamano i genitori se rilevano un rialzo della temperatura. Nell'attesa dei familiari sarà compito della maestra prendersi cura del bambino, lasciandolo tranquillo, meglio se seduto o sdraiato.

La **scuola non può somministrare farmaci** (vedi sezione specifica). Tuttavia, una volta a casa, i genitori possono, dopo aver consultato il pediatra, iniziare la terapia della febbre, somministrando al bambino un antipiretico a base di paracetamolo (dose 15 mg/kg - dose ripetibile dopo 4-6 ore), mai cortisone, novalgina o aspirina. La somministrazione deve sempre avvenire sotto controllo medico, attenendosi scrupolosamente alle dosi e alle modalità prescritte: infatti, gli antipiretici sono utili quando il bambino è disturbato dalla febbre elevata, ma hanno effetti collaterali in quanto interferiscono con la normale risposta adattiva dell'organismo. Gli antipiretici sono solo sintomatici, cioè non modificano il decorso della "malattia", tenuto presente che l'iperpiressia non è una malattia, ma un sintomo.

È fondamentale trattare la febbre, per evitare l'unica complicanza ad essa conseguente, le convulsioni febbrili. Le convulsioni febbrili sono delle convulsioni (vedi pag. 653) di tipo tonico-clonico, cioè con contrazione e rilasciamento involontario dei muscoli; possono venire scatenate da un incremento rapido della temperatura corporea, che genera uno shock termico a livello cerebrale. Si possono presenta-



re quando il bambino ha febbre molto alta, superiore a 39 °C; tendenzialmente il rischio delle convulsioni febbrili si riduce e decresce progressivamente con l'aumentare dell'età del bambino, tanto che tendono a scomparire dopo i 5 anni d'età. Le convulsioni febbrili possono essere "semplici" (di durata inferiore ai 15 minuti, non lasciano danni) o "complesse" (superiori ai 15 minuti, rischio per il respiro, possibilità di dover effettuare la respirazione bocca a bocca).

FRATTURE OSSEE

"Una frattura è un'interruzione della continuità di un osso che si verifica solitamente in seguito a un evento traumatico. Può essere diretta se si verifica nel punto del trauma o indiretta se avviene in una zona lontana; chiusa, se non c'è lacerazione del tessuto muscolare o cutaneo, o esposta, quando un moncone lacera il tessuto esterno ed esce (in questi casi il trauma è molto grave e c'è pericolo di infezione)." (*Le Garzantine, op. cit.*)

Principali tipi di fratture:

a legno verde (caratteristica dei bambini - cioè paragonabili a quelle dei rami giovani che non si spezzano mai di netto); l'osso si piega ma non si spezza completamente: il periostio (il tessuto che riveste esternamente l'osso) resta integro e indenne, mentre la parte interna subisce la lesione.

Frattura del polso: molto comune nei bambini, per cadute o per urti contro oggetti, provoca spesso il distacco della testa dell'osso (epifisi) dalla parte centrale lunga (diafisi) dovuto alla lesione della cartilagine di raccordo (metafisi); necessarie immobilizzazione e ingessatura.

Frattura incompleta composta: si spezza soltanto una parte dell'osso.

Comminuta: l'osso si spezza in piccolissimi pezzi.



Le fratture ossee nei bambini sono episodi che potrebbero verificarsi anche in ambiente scolastico, in seguito a cadute o movimenti bruschi. Le fratture in età infantile comportano sempre il pericolo di uno stato di shock, causato dal dolore o dalla grave perdita di sangue; possono inoltre verificarsi lesioni di organi vitali, vasi (in caso, per esempio, di frattura del femore) o nervi (in caso di frattura del gomito e delle vertebre). Se la frattura è esposta vi è invece il rischio di infezione.

Segni di frattura ossea:

incidente; posizione anomala o innaturale; mancanza di mobilità nella regione corporea colpita dal trauma; limitazione dei movimenti; sanguinamento (nelle fratture esposte); gonfiore nella parte traumatizzata; dolore; insensibilità delle gambe; formazione di un dislivello nell'area della frattura e visibilità delle estremità dell'osso interessato.

Se si sospetta una frattura, la prima cosa che un insegnante deve fare è applicare del ghiaccio per ridurre l'eventuale gonfiore ed alleviare il dolore.

Non è sempre facile distinguere una frattura ossea da una distorsione o da una contusione; se dopo 24 ore i dolori non si placano, occorre invitare i genitori ad eseguire una radiografia, per escludere l'ipotesi di frattura.

Tendenzialmente, l'evoluzione della frattura è sempre favorevole, dal momento che le ossa dei bambini sono molto più elastiche di quelle degli adulti, per cui spesso le fratture guariscono rapidamente con la sola ingessatura, anche grazie alla spiccata capacità di rigenerazione dei tessuti e alla notevole attività di ossificazione, caratteristiche proprie dell'età evolutiva.

MISURE DI PRIMO SOCCORSO IN CASO DI FRATTURA OSSEA



- **Controllare lo stato di coscienza.**
- **Attuare le misure immediate di supporto alle funzioni vitali.**
- **Effettuare la telefonata di Soccorso.**



- Se risponde agli stimoli verbali, interrogare il bambino sulla dinamica dell'incidente, per ottenere informazioni su eventuali traumi subiti.
- Coprire eventuali ferite con garza sterile.
- Controllare la circolazione sanguigna, la temperatura, la mobilità e la sensibilità al dolore alle due estremità dell'arto interessato (in caso di frattura del gomito, mano e dita).
- Adagiare il bambino nella posizione che gli provoca meno dolore ed evitare gli spostamenti.
- Se necessario e possibile, immobilizzare l'arto ferito con delle stecche; immobilizzare le due articolazioni più vicine al punto di frattura (polso e gomito in caso di frattura all'avambraccio).
- Prevenire o trattare lo stato di shock: tranquillizzare il bambino, sollevargli le gambe (solo se gli arti non sono feriti) e proteggerlo dal freddo.
- Non tentare di ridurre la frattura.
- Non somministrare cibi o bevande (potrebbe rivelarsi necessario un intervento chirurgico in anestesia).



La parte del corpo ferita va immobilizzata, ad esempio utilizzando una fasciatura a triangolo.



Frequentemente il bambino a scuola può lamentare dolore alla pancia. Un buon insegnante dovrebbe osservare con che frequenza si presenta questo disturbo, la ripetitività, la durata ed il comportamento generale del bambino, discriminando tra dolore addominale di origine psicologica, dolore addominale provocato da una malattia o dolore funzionale, che dipende da altre cause organiche.

Detto questo, il mal di pancia in età pediatrica non è una malattia, ma semplicemente un sintomo di diverse patologie, nonché un disturbo molto comune nei bambini.

Per un insegnante non è facile valutare la portata e la localizzazione del dolore addominale, soprattutto quando ad accusarlo è un bambino che a parole ne riferisce in modo impreciso e vago. Utile è fare indicare al bambino con la mano dove avverte dolore, per cui l'insegnante procede **valutando la distanza tra il punto doloroso segnato dal bambino e l'ombelico**, per poter comprendere meglio l'origine del malessere. Infatti:

- **Dolore in prossimità dell'ombelico:** origine organica-funzionale (non dovuta a malattia; spesso causata da alimentazione non equilibrata e carente di fibre).
- **Dolore lontano dall'ombelico:** possibilità di malattia.
- **Dolore localizzato nel quadrante inferiore di destra dell'addome:** ipotesi di appendicite.
- **Dolore nella parte centrale e inferiore dell'addome:** ipotesi di infezione delle vie urinarie.
- **Dolore nel quadrante inferiore di sinistra dell'addome:** ipotesi di stipsi.

Possibili cause del mal di pancia:

influenza di origine gastro-enterica; stipsi o ritenzione di feci; infezione delle vie urinarie; ingestione di cibo in dosi eccessive o intolleranza all'alimento; lesione degli organi interni (da supporre dopo cadute); ipotesi di avvelenamento (con alterazioni dello stato di coscienza; ingerimento di un corpo estraneo; patologie quali appendicite, occlusione intestinale o volvolo (torsione dell'intestino), avvelenamento, scarlattina, polmonite.



MISURE DI PRIMO SOCCORSO IN CASO DI MAL DI PANCIA



- Far assumere al bambino una posizione rilassata: sdraiato su un fianco con le ginocchia flesse (posizione fetale) o supino con un cuscino sotto le ginocchia.



Anche la posizione supina con un cuscino sotto le gambe aiuta a rilassarsi.



Spesso la posizione fetale è efficace per alleviare il mal di pancia.

- Non far assumere al bambino cibi e bevande.
- Se ai dolori addominali si associano altri sintomi (esordio improvviso dei dolori, costante peggioramento, dolore al contatto, vomito, diarrea acuta, presenza di sangue nelle feci, alterazioni delle condizioni generali o sintomi di shock - brivido, polso accelerato, pallore), è bene che l'insegnante chiami i genitori: il bambino deve essere immediatamente visitato dal medico per escludere cause più gravi del disturbo.

MALORI INDOTTI DAL CALDO

A scuola capita spesso, soprattutto nei periodi primaverile ed estivo, che gli insegnanti portino i bambini a giocare all'aperto in giardino o in cortile, ma le temperature elevate e l'eccessiva e prolungata esposizione al sole possono rivelarsi pericolose per il bambino: la sua pelle delicata è sensibilissima ai raggi solari, l'accumulo di calore e la disidratazione possono provocare in breve tempo uno stato



di shock ed un colpo di calore, ovvero una risposta squilibrata dell'organismo all'elevata temperatura esterna.

Tutti gli insegnanti dovrebbero conoscere i principali consigli per prevenire l'insorgere di malori indotti da caldo, quali: non portare i bambini a giocare all'aperto nelle ore più calde della giornata; far indossare indumenti leggeri e traspiranti e un cappellino; far sempre bere in abbondanza i bambini e farli riposare in un luogo fresco ed ombreggiato.

Sintomi del colpo da calore:

- ➔ Testa calda; volto arrossato; pallore; cute fredda o troppo calda.
- ➔ Febbre; brividi; sudore.
- ➔ Mal di testa, dolore alla nuca, vertigini, disturbi della visione.
- ➔ Nausea; vomito.
- ➔ Stanchezza; debolezza o irrequietezza.
- ➔ Shock; alterazione o perdita dello stato di coscienza; convulsioni.

MISURE DI PRIMO SOCCORSO IN CASO DI IPERTERMIA



- Portare il bambino in un luogo fresco e ombreggiato.
- Fare sdraiare il bambino con la testa sollevata (il caldo eccessivo può causare un rigonfiamento del tessuto cerebrale).
- Raffreddare la testa con panni umidi o acqua tiepida.
- Far bere in abbondanza il bambino (solo in assenza di alterazioni dello stato di coscienza e in presenza di normale reazione agli stimoli verbali).
- In caso di alterazione dello stato di coscienza: il Soccorritore deve adagiare il bambino in PLS e chiamare tempestivamente il 118 (o i genitori, a seconda della situazione).
 - Monitorare in modo costante stato di coscienza, respirazione e circolazione; prestare attenzione a eventuali possibili segni di shock.



MEDICAZIONE DELLE FERITE

“Una ferita è un’interruzione della continuità della cute o delle mucose, con danneggiamento dei tessuti sottostanti”. (Zoppetti A., op. cit.)

Sono causate da fattori esterni, per cui la cute subisce lacerazioni e viene meno la sua funzione protettiva. In ambiente scolastico, nella maggior parte dei casi, le ferite che un bambino può procurarsi sono semplici abrasioni o escoriazioni che determinano solo un modesto sanguinamento. Inesperienza e desiderio di esplorare l’ambiente rendono così frequente questo tipo di trauma, per cui un insegnante è buona norma conosca come medicare le ferite: per quelle poco estese e sanguinanti può applicare un cerotto, mentre su quelle più ampie, con sanguinamento più copioso, può applicare della garza sterile, fissandola con una benda o un cerotto.

È importante che ogni insegnante sappia prendersi cura del bambino, alleviare il dolore e lo stress provocato da questa spiacevole situazione, trattare la ferita per evitare emorragie e saper riconoscere eventuali segni di infezione (arrossamento, calore, edema, pus, dolore) per poter di conseguenza avvertire i genitori. (Nel caso di ferite imponenti, il soccorritore non si deve preoccupare troppo della loro disinfezione, quanto di tamponare l’emorragia).

ferita superficiale (primi strati della cute); **ferita profonda** (interessa muscoli, ossa e organi interni); **ferita penetrante** (l’azione traumatica raggiunge cavità anatomiche - addome o torace); **abrasione** (un corpo tagliente danneggia o asporta i primi strati della cute); **escoriazione** (dolorosa lesione degli strati superficiali della cute – danneggiamento di terminazioni nervose); **ferita dovuta a corpi contundenti irregolari** (possono presentare terriccio o schegge o altre piccole particelle che devono essere rimosse - es: ferite da strisciamento); **ferite da punta** (dovute a spilli, chiodi, schegge - penetrano nella cute perpendicolarmente); **ferite da taglio** (provocate da schegge di vetro, coltelli, lamine); **graffi e morsi di animali** (alto rischio di infezione - tetano, rabbia: i germi presenti su artigli e denti degli animali possono penetrare in profondità nei tessuti); **ferite lacere** (per strappamento della cute); **ferite lacero contuse** (provocate da botte o contusioni; lacerazione della pelle; presenza di ematomi o ecchimosi).



NORME DI PRIMO SOCCORSO e MEDICAZIONE IN CASO DI FERITE

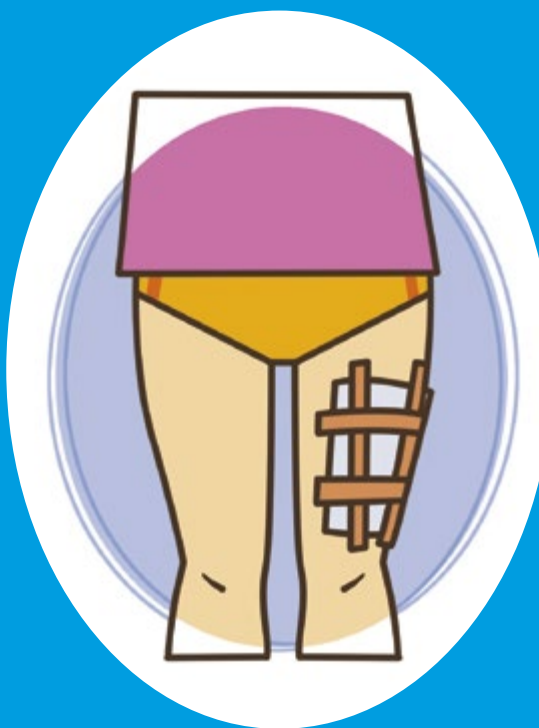
- **Medicare il bambino operando in un ambiente il più sterile possibile, osservando le norme di igiene e di disinfezione.**
- **Sicurezza e auto protezione del Soccorritore: evitare il contatto con il sangue indossando guanti in lattice e mascherina occhi paraschizzi.**
- **Se necessario attuare le misure immediate di supporto alle funzioni vitali o quelle previste in caso di shock. Chiamare il 118 e i genitori.**
- **Tranquillizzare il bambino, farlo sedere o sdraiare tenendolo al caldo (non fare mai restare in piedi un bambino ferito, potrebbe svenire).**
- **Fermare le emorragie pericolose: arrestare la fuoriuscita del sangue comprimendo la zona della ferita, per favorire il coagulo del sangue.**



Per fare una fasciatura compressiva bastano alcune confezioni di bende e un telo triangolare.

- **Coprire la ferita con garze sterili; non applicare pomate.**





*In caso di ferite superficiali,
spesso è sufficiente coprirle.*

- Non lavare le ferite, tranne quelle da morsi e da ustioni.
- Non cercare di estrarre dalla ferita eventuali corpi estranei. Rimuovere eventuali corpi estranei come terra o schegge in caso di ferita lieve.
- Disinfettare solo le ferite minori, che possono essere auto medicate.
- Controllare la circolazione del bambino, non lasciarlo solo e non offrirgli nulla da mangiare o da bere.
- **Ferite al torace e all'addome:** gravi se interessano il polmone; non rimuovere l'agente lesivo e mantenere la posizione semi- seduta; pericolo di emorragie interne.
- **Ferite agli occhi:** evitare di rimuovere i corpi estranei; effettuare una medicazione sterile su entrambi gli occhi, per ridurre al minimo i movimenti dei bulbi oculari.

TRAUMA CRANICO e ALTRI TRAUMI

Con "trauma cranico si intende una qualsiasi lesione al cranio o al cervello dovuta a un evento traumatico". (Zoppetti A.)

In età scolare i bambini riportano di frequente traumi, ad esempio avvenuti durante l'attività psicomotoria o durante il gioco, a seguito di cadute o



di scontri involontari, nonostante le attenzioni degli insegnanti per garantire lo svolgimento delle attività in sicurezza.

I traumi al capo nel bambino sono in genere lievi; anche se il bambino sta apparentemente bene o il colpo alla testa sembra innocuo, è consigliabile comunque che l'insegnante avverta i genitori, affinché riferiscano al pediatra l'accaduto. Non sottovalutare mai la gravità del trauma, specialmente in assenza di sintomi o disturbi.

Se invece il bambino ha perduto conoscenza o accusa malessere in generale, è necessario portarlo al Pronto Soccorso: sovente i traumi cranici possono essere fatali perché si può sviluppare un'emorragia cerebrale.

Possibili sintomi di trauma cranico:

- ➔ Deducibile dalla dinamica dell'incidente e da lesioni o ematomi visibili sul capo.
- ➔ Vedere se il paziente presenta amnesie (perdite di memoria), afasia (difficoltà nel parlare) o confusione mentale, indagando l'accaduto.
- ➔ Sanguinamento da bocca, orecchi o naso; ematoma oculare.
- ➔ Alterazione dello stato di coscienza; perdita di coscienza.
- ➔ Vomito (conati improvvisi, non preceduti da nausea); mal di testa; vertigini; amnesia.
- ➔ Alterazioni delle pupille.
- ➔ Polso lento e profondo.

I sintomi possono verificarsi anche a distanza di 24 ore dall'incidente e l'ematoma può formarsi anche dopo qualche giorno. Tuttavia, i sintomi e le conseguenze dipendono dalla gravità del trauma.

Possibili conseguenze del trauma cranico:

- ➔ **commozione cerebrale:** momentanea perdita di conoscenza; transitoria e reversibile; non comporta danni permanenti, ma può portare al coma.
- ➔ **Contusione cerebrale:** distruzione dei tessuti cerebrali sottostanti; irreversibile, con danni permanenti (possibile rottura di un vaso sanguigno del cranio: il sangue fuoriesce e si raccoglie tra le ossa craniche comprimendo il cervello).



MISURE DI PRIMO SOCCORSO IN CASO DI TRAUMA CRANICO

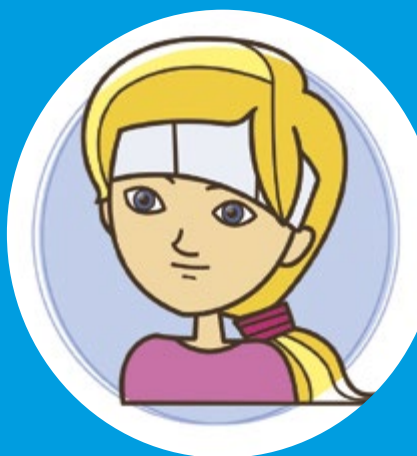


- Verificare lo stato di coscienza del bambino.
- Se necessario, supportare le funzioni vitali.
- Effettuare la telefonata di Soccorso; non lasciare solo il bambino.
- Evitare sempre che il paziente si addormenti, nonostante possa presentare una forte sonnolenza (il sonno può degenerare in coma).
- Se il bambino è cosciente: sistemarlo con la testa ben sollevata, ma sempre in linea retta con il resto del corpo, evitando di piegare il collo (la testa non deve mai trovarsi più in basso rispetto al resto del corpo, per evitare un maggiore afflusso di sangue al cervello e un aumento della pressione endocranica).



Il bambino va adagiato con la testa ben sollevata, ma sempre in linea retta con il resto del corpo (evitando di piegare il corpo).

- Coprire le ferite aperte alla testa con una garza sterile, senza esercitare pressione.



Se la ferita non sanguina molto, basta una "fasciatura d'emergenza".

Primo soccorso



- In caso di squarcio, arrestare l'emorragia premendo leggermente con una garza sterile.
- Sorvegliare lo stato di coscienza e il riflesso pupillare; possibilità di un'improvvisa perdita di coscienza, di arresto respiratorio o cardiaco.
- In caso di vomito, forti mal di testa, vertigini o alterazioni dello stato di coscienza chiamare immediatamente il 118.
- Apporre sulla parte traumatizzata una borsa di ghiaccio per indurre una vasocostrizione.
- In caso di emorragie da orecchio o naso porre l'infortunato in PLS per far defluire il sangue (solo se il Soccorritore non sospetta fratture o lesioni alla colonna vertebrale in seguito alla caduta).
- **Controllare il riflesso pupillare:** presenza di anisocoria (asimmetria dei diametri pupillari o diversa velocità di reazione delle pupille agli stimoli luminosi): osservando le pupille, una sarà dilatata (stato di midriasi) e l'altra ristretta (stato di miosi).

CONTROLLO DEL RIFLESSO PUPILLARE

- **Riflesso pupillare normale:** le pupille hanno le stesse dimensioni e reagiscono nel medesimo modo agli stimoli luminosi: si dilatano al buio e si restringono alla luce.
- **Riflesso pupillare anomalo:** le pupille hanno dimensioni diverse e reagiscono in modo diverso alla luce o sono eccessivamente dilatate o ristrette (possibili cause: trauma cranico, avvelenamenti).

Altri tipi di traumi facilmente riscontrabili nel bambino in ambiente scolastico potrebbero essere: **trauma al braccio** (per cui è bene immobilizzare l'arto e tenerlo a riposo ricorrendo a una fascia di tessuto o a un foulard da fissare al collo); **contusione** (lesione all'epidermide senza lacerazioni); **ecchimosi** (lesione all'epidermide con lacerazione di capillari); **ematoma** (lesione all'epidermide con rottura di grandi vasi sanguigni); **distorsione o frattura** (trauma agli arti con distensione dei legamenti di un arto).

In questi casi il rimedio immediato e più efficace da adottare è applicare del **ghiaccio** sulla zona colpita per almeno mezz'ora.



USTIONI

“L’ustione è una lesione dei tessuti cutanei o delle mucose provocata dal calore nelle sue varie forme, oppure da sostanze chimiche, da acidi o dall’elettricità”.
(Le Garzantine, op. cit.)

In base alla profondità dell’ustione possiamo distinguere tra:

- **Ustione di 1°:** superficiali della pelle (epidermide) con arrossamento cutaneo, (eritema solare).
- **Ustione di 2°:** interessa anche gli strati cutanei più profondi fino al derma, con formazione di vesciche (“vescicole cutanee”) e secrezione di liquido.
- **Ustione di 3°:** interessa i tessuti sottocutanei, fino a quello adiposo e/o muscolare; distruzione della cute, carbonizzazione; pericolo per la vita.

In base all’estensione:

- **ustione lieve:** interessa gran parte del corpo ma non è profonda;
- **ustione grave:** profonda ma poco estesa.

MISURE DI PRIMO SOCCORSO IN CASO DI USTIONI DA CALORE



- Tenere il bambino in un ambiente fresco e farlo bere (ust. 1°).
- Mai utilizzare il ghiaccio (ust. 1°).
- Non far rompere le vescicole (ust. 2°).
- Spegnerne immediatamente le fiamme sugli indumenti utilizzando panni o lenzuola.
- Rimuovere tutti gli oggetti (anelli, orologi, collane) perché possono esercitare costrizione, in quanto la pelle tende a gonfiarsi ed eventuali accessori in metallo surriscaldarsi, aggravando l’ustione (ust. 3°).
- Non rimuovere i vestiti: si potrebbero staccare pezzi di pelle (ust. 3°).



- Se il bambino è vigile farlo bere molto per ritardare lo shock legato all'ustione (ust. 3°).
- Valutare l'attività cardiocircolatoria e chiamare i Soccorsi (ust. 3°).
- Raffreddare la zona ustionata con acqua (almeno 10–15 minuti prestando attenzione all'ipotermia) (ust. 3°).
- Tranquillizzare il bambino; non lasciarlo solo; evitare che prenda freddo.
- **Ustioni al volto:** se cosciente far sedere il bambino per facilitare la respirazione e non coprirgli il viso; può avere inalato i fumi e accusare problemi respiratori.
- **Ustioni legate a sostanze chimiche:** lavare con acqua corrente la zona interessata; prelevare un campione della sostanza tossica da consegnare al medico; rimuovere gli abiti contaminati.



Dopo un'ustione da acidi l'occhio va risciacquato sotto l'acqua corrente, prestando attenzione a non danneggiare quello sano.

MISURE DI PRIMO SOCCORSO IN CASO DI USTIONI e INCIDENTI CAUSATI DALL'ELETTRICITÀ



- Disattivare l'interruttore centrale.
- Allontanare il bambino dalla sorgente di corrente mediante un oggetto isolante (mai toccare l'infortunato direttamente con le mani, ma utilizzare ad esempio il manico di una scopa o un bastone, perché il corpo è un ottimo conduttore di elettricità ed il soccorritore rischierebbe a sua volta la folgorazione).
 - Chiamare il Soccorso il più velocemente possibile.
 - In caso di perdita di coscienza: adagiare il bambino in PLS.



- **Ustioni nei punti di entrata e di uscita dell'elettricità.**
- **Effettuare il MCE (Massaggio Cardiaco Esterno) in caso di arresto respiratorio o cardiocircolatorio (quando la scarica attraversa il cuore: possibile fibrillazione ventricolare e conseguente arresto cardiaco).**
- **Stato di shock con perdita di coscienza: posizione antishock.**
- **Medicare le ustioni: sono molto soggette alle infezioni; coprire la parte ustionata con garze sterili.**

Vaccinazioni obbligatorie nel bambino

Le vaccinazioni, mediante la somministrazione di un vaccino, fanno contrarre all'organismo, che subisce l'assalto di agenti infettivi (virus o batteri), un'infezione in forma attenuata; di conseguenza, provocano e stimolano la formazione degli anticorpi che proteggono il soggetto dalle malattie.

I vaccini attuali presentano effetti collaterali limitati e comunque molto inferiori rispetto ai danni che potrebbe provocare la malattia stessa, se contratta.

Tra le vaccinazioni obbligatorie:

Antipolio e Antidifterite (3°, 5°, 11° mese, 3° anno); Antitetano (3°, 5°, 11° mese, 3°, 6°, 15° anno); Antiepatite B (3°, 5°, 11° mese).

Raccomandate:

l'Antipertosse e la trivalente contro Morbillo, Rosolia e Parotite. Facoltative quelle contro Haemophilus influenzae tipo B, Varicella, Pneumococco, Meningococco C.

Le vaccinazioni possono essere eseguite presso ambulatori o consultori delle Asl, oppure presso il pediatra curante; vengono registrate nel certificato generale di vaccinazione del bambino.

Primo soccorso



Nonostante la somministrazione del vaccino, è risaputo come a scuola i piccoli si ammalino facilmente. Tuttavia, un raffreddore o una tosse sono sempre all'ordine del giorno e non devono spaventare eccessivamente i genitori.

È bene però che gli insegnanti invitino i bambini ad attuare semplici misure di precauzione e di igiene personale, per limitare la diffusione dei germi, ad esempio lavarsi accuratamente le mani, mettere la mano davanti alla bocca quando si tossisce e al naso quando si starnutisce.

VOMITO

“Il vomito è l'espulsione attraverso la bocca del materiale presente nello stomaco; di solito è preceduto da nausea e aumento della salivazione”. (Zoppetti A., *op. cit.*)

Il vomito non è una patologia, ma un sintomo, che può capitare di frequente a scuola e l'insegnante non deve sottovalutarlo, in quanto può rivelarsi una spia di svariati malesseri e patologie. Tra le possibili cause: movimento eccessivo, forte eccitazione, paura; disturbi digestivi; patologie della regione addominale (per esempio appendicite o occlusione intestinale); pertosse, otite o altre infezioni; avvelenamenti o gravi intossicazioni alimentari; patologie cerebrali (trauma cranico, emorragia cerebrale, emicrania e meningite).

MISURE DI PRIMO SOCCORSO IN CASO DI VOMITO



- **Tranquillizzare il bambino e farlo sdraiare in posizione comoda (su un fianco o sulla schiena con cuscini sotto le ginocchia).**
- **Offrire un po' di acqua al bambino, per evitare eccessiva perdita di liquidi.**
- **In caso di: forti dolori addominali, vomito persistente, vomito biliare (di colore verde), vomito nero, segni di shock, alterazione dello stato di coscienza, chiamare il 118.**

Attenzione: se l'infortunato non è cosciente, il vomito può ostruire le vie aeree e portare al soffocamento. Mettere il soggetto in PLS.



Note

Questo breve excursus non vuole anteporsi al campo medico, ma, con le brevi definizioni e le relative Misure di Primo Soccorso da applicare nelle emergenze, vuol essere un tentativo di presentare in modo scientifico, e allo stesso tempo sintetico, una serie di incidenti che l'insegnante potrebbe incontrare di frequente nello svolgimento della sua professione, a stretto contatto con i bambini.

Negli ambienti scolastici piccoli disturbi che, nella maggior parte dei casi, si risolvono facilmente ed in breve tempo sono all'ordine del giorno, ma saper riconoscere precocemente i sintomi di alcune patologie, saperne individuare in modo rapido le cause e prevenirne le conseguenze è importante e si integra con l'attività didattica.

Non si tratta di essere dottori o di individuare una patologia, ma semplicemente di aiutare il bambino che abbiamo di fronte. Infatti, nell'effettuare la telefonata al 118, la conoscenza delle patologie e dei sintomi può essere d'aiuto e giocare a nostro favore per descrivere chiaramente la situazione.





Vademecum di PRIMO SOCCORSO

INTRODUZIONE ALLA PARTE QUARTA

Può accadere che in qualche occasione il personale scolastico associ il “Soccorso” al concetto di “paura” (Se sbaglio qualche cosa? Se non so cosa fare? Perché devo prendermi questa “responsabilità?”). Tuttavia questo non esula dal dimostrare la propria disponibilità nel prestare i primi soccorsi.

La presenza di minori già definisce a priori un contesto dove la responsabilità è sempre e comunque presente; infatti, Dirigente Scolastico, Docenti e Personale non docente sono sempre chiamati a svolgere compiti di sorveglianza nei confronti degli studenti. A tal proposito, l’articolo 2047 del Codice Civile prevede la responsabilità totale (riferita al bambino fino a sei-sette anni di età ed alle persone affette da handicap) ovvero, nel momento in cui gli studenti entrano in una scuola scatta immediatamente l’obbligo di sorveglianza da parte dell’istituzione, che deve quindi operare in modo da impedire che, difetti di sorveglianza o vigilanza, provochino incidenti. Ma, pur con tutta l’attenzione possibile, appare ovvio che proprio la presenza di minori crei le premesse per infortuni o malori. La scuola deve quindi organizzarsi con un piano d’emergenza, semplice, chiaro e soprattutto attuabile, in grado di garantire ai lavoratori e agli alunni, nei modi e nei tempi di volta in volta più adeguati, l’idonea assistenza.

Il Vademecum che qui presentiamo delinea i contenuti essenziali di un ipotetico **Piano di Primo Soccorso** che ogni scuola dovrebbe elaborare, per agire in modo efficace e non caotico, bensì seguendo ordini e criteri prestabiliti, per evitare di arrecare ulteriore stress ad una situazione, quale quella del Soccorso, già di per sé incerta e preoccupante.

In particolare, all’interno del Piano, è importante la definizione di possibili procedure di intervento e quindi ruolo e compiti della figura dell’**Addetto al Primo Soccorso**.

Si delineano poi le modalità con le quali possono essere somministrati



a scuola i farmaci, in via eccezionale, previa richiesta da parte dei genitori e del medico curante.

La presenza di minori, ribadiamo, espone quotidianamente la scuola a piccoli e grandi infortuni, che richiedono alle istituzioni scolastiche interventi immediati e corretti. Le azioni che la scuola deve mettere in atto non si esauriscono con la gestione delle emergenze. Rivestono, piuttosto, fondamentale importanza gli aspetti preventivi e organizzativi.

La vita, la salute e la sicurezza sono questioni così delicate e profondamente intrecciate con il mondo della scuola che non è possibile ignorare o sottovalutare questa parte imprescindibile dei doveri dell'istituzione scolastica.

La vita come diritto e dignità, la salute come benessere e cura di sé nel rispetto degli altri, la sicurezza letta in senso umano sono sfide per l'educazione nel tempo della modernità.

Il nostro Vademecum, pratico e concreto, aiuterà gli insegnanti a mettere in pratica, in caso di necessità, le nozioni acquisite nelle parti precedenti, secondo un preciso ordine prestabilito.

Piano di PRIMO SOCCORSO NELLE SCUOLE

Il Piano di Primo Soccorso è un protocollo generale nel quale vengono indicate le modalità organizzative con le quali la scuola deve intervenire, in caso di necessità, per prestare un Primo Soccorso: che cosa bisogna fare, che cosa bisogna avere, chi deve agire e come.

Ogni istituzione scolastica è tenuta ad elaborare il proprio Piano di Primo Soccorso, il cui obiettivo è quello di salvaguardare la vita di chiunque subisca un danno fisico a causa di un incidente, di un infortunio o di un malore in attesa di soccorsi qualificati, senza arrecare ulteriori danni all'infortunato.

Il Piano di Primo Soccorso è emanato dal Datore di Lavoro dell'Istituto, ai fini e per gli effetti della normativa vigente in materia di Sicurezza nei posti di lavoro - **Testo Unico D. Lgs. 81/2008**. Dunque, è lo stesso Dirigente Scolastico che prende provvedimenti necessari in materia di Primo Soccorso e di assistenza medica di emergenza, per organizzarsi nel migliore dei modi possibili, sentito il medico competente (ove



previsto) e stabilendo i necessari rapporti con i servizi esterni (118), tenendo conto della propria realtà, della natura dell'attività, delle dimensioni dell'azienda, del numero dei lavoratori e degli alunni presenti, di altre eventuali persone presenti sul luogo di lavoro e delle problematiche emerse nella valutazione dei rischi.

Qualora il Dirigente non vi provveda direttamente, designa uno o più lavoratori incaricati di attuare le misure di Primo Soccorso, per far prestare, da personale espressamente incaricato, le prime immediate cure ad alunni o personale presente a scuola eventualmente infortunati o colpiti da malore.

Il già citato **D.M. 388/03**, tenendo conto della tipologia dell'attività svolta, del numero di lavoratori occupati e dei fattori di rischio, classifica le aziende, ovvero le unità produttive, in tre gruppi; la scuola ricade nel **Gruppo B** e pertanto deve:

- munirsi di Cassetta di Primo Soccorso comprendente la dotazione minima;
- possedere un idoneo mezzo di comunicazione per attivare il Sistema di Emergenza del Servizio Sanitario Nazionale;
- effettuare la formazione del proprio personale addetto al primo soccorso (12 ore) con cadenza triennale.

La Procedura d'Emergenza elaborata deve essere semplice, realistica e attuabile, per guidare a grandi linee i comportamenti di tutti.

i CONTENUTI DEL PIANO

Nella stesura del Piano di Primo Soccorso è necessario definire e descrivere:

- nominativi degli addetti al Primo Soccorso e specifici ruoli (chi coordina gli interventi, chi effettua la telefonata al 118, chi sgombra il passaggio ai soccorsi, chi lascia liberi i corridoi, chi apre il cancello di entrata all'ambulanza, chi accompagna il personale sanitario nel luogo dove è ubicato l'infortunato, chi eventualmente accompagna l'infortunato, chi avverte i famigliari del bambino).
- Nominativi del personale incaricato di prestare i primi Soccorsi Sanitari.
- Nominativi di chi sostituisce l'Addetto al PS se in aula.
 - Procedure da porre in atto per garantire un intervento rapido ed efficace (le modalità di intervento sanitario sono fornite agli Addetti



di Primo Soccorso durante il corso di formazione specifico).

- Numero delle Casette di Primo Soccorso, contenuto e localizzazione.
- Arredo dell'eventuale locale adibito ad ambulatorio.
- Disponibilità di una linea telefonica sempre libera per le chiamate d'emergenza.
- Un esempio, riportato in forma scritta, di chiamata al 118, in modo da fornire all'operatore tutte le informazioni corrette ed utili (dove sono, cosa è successo,...), al fine di inviare il mezzo più idoneo.
- Modalità con le quali l'infortunato deve essere accompagnato in Pronto Soccorso (mezzo e nominativi di due accompagnatori).

Tutto il personale della scuola è tenuto ad osservare ed attenersi scrupolosamente alle indicazioni contenute nel Piano di Primo soccorso.

I Docenti Responsabili del Primo Soccorso, in quanto delegati del Dirigente Scolastico, provvedono ad attuare il Piano presso la propria sede scolastica.

Gli Addetti PS non possono rifiutare la designazione se non per giustificato motivo.

PROCEDURE PREVISTE NEL PIANO e COMPITI DELL'ADDETTO AL PRIMO SOCCORSO

Con riferimento all'istituzione scolastica, in presenza di un infortunio, di un malore o di un'emergenza sanitaria, chi assiste all'evento presta il Primo Soccorso. Supponiamo che durante una normale attività didattica un alunno abbia subito un infortunio: il docente presente in aula interviene effettuando una prima valutazione. Se valuta che la situazione è tale da richiedere l'attivazione della Procedura di Emergenza elaborata dal Dirigente Scolastico, la attiva, chiamando o facendo chiamare un Addetto PS; quest'ultimo dopo pochi secondi arriva sul posto.

Se l'Addetto PS intervenuto è un docente, la procedura deve prevedere la contemporanea sostituzione con un altro lavoratore della scuola, al fine di garantire comunque agli alunni che erano sotto la sua sorveglianza l'adeguata vigilanza.



Dopo essere stato chiamato, **l'Addetto al Primo Soccorso:**

- si munisce di portare con sé la Cassetta di Primo Soccorso e indossa i guanti in lattice;
- si reca nel luogo della scuola dove è avvenuto l'incidente;
- valuta scena e situazione, sulla base delle proprie conoscenze e della propria formazione specifica;
- decide quello che è opportuno fare.

In particolare, l'Addetto PS, di fronte ad un'emergenza sanitaria, valuterà fondamentale tre opzioni:

- se si tratta di un lieve malore o infortunio risolvibile con i mezzi a propria disposizione, per cui si può provvedere con i presidi contenuti nella Cassetta di Primo Soccorso.
- Se si tratta di un'urgenza che richiede l'intervento di un medico, ma non ha i requisiti dell'emergenza; l'infortunato è trasportabile, per cui non vi è una situazione tale da richiedere l'attivazione del 118, ma è opportuno accompagnare l'infortunato presso il presidio di Soccorso previsto dalla procedura e con le modalità descritte.
- Contemporaneamente la scuola avvertirà un familiare dell'alunno di quanto sta accadendo e, se aveva in precedenza ricevuto dalla famiglia indicazioni su problematiche sanitarie che interessano l'alunno, farà in modo che la busta chiusa contenente queste informazioni (allergie, patologie, terapie in corso,..) accompagni l'infortunato al Pronto Soccorso.
- L'alunno ha perso conoscenza, respira ma non risponde alle sollecitazioni verbali. Si tratta di un'emergenza, non trasportabile, che richiede l'immediato intervento medico. L'incaricato alla chiamata procederà ad allertare il 118 nei modi previsti.

Tra i **compiti che spettano all'Addetto PS:**

- condividere il Piano di Primo Soccorso all'interno della scuola;
- attuare tempestivamente e correttamente le procedure di pronto intervento;
- tenere un elenco delle attrezzature e del materiale di medicazione, controllandone efficienza e scadenza;
- tenersi aggiornati sulla tipologia degli infortuni che accadono a scuola e in palestra;
- essere di esempio per il personale, lavorando in sicurezza e segnalando le condizioni di pericolo.



Nel caso di più infortunati e in presenza di un solo Addetto PS, quest'ultimo è tenuto a stabilire delle priorità di intervento, sulla base della gravità dei rispettivi infortuni, o anche tenendo conto delle modalità individuate dall'Emergenza Sanitaria 118 nella gestione extra ospedaliera degli infortuni.

Codice Rosso Urgenza Assoluta	Codice Giallo Urgenza Relativa	Codice Verde Urgenza Differibile
<ul style="list-style-type: none">• Vie aeree ostruite• Emorragia massiva• Incoscienza• Shock avanzato• Traumi violenti• Ustioni gravi• Dolori toracico-addominali	<ul style="list-style-type: none">• Frattura esposta• Emorragie moderate• Ustioni moderate• Shock Iniziale• Stato mentale alterato	<ul style="list-style-type: none">• Fratture semplici• Lesioni articolari e/o muscolari
Soggetto con compromissione di una o più funzioni vitali (coscienza, respiro, circolo). Il trattamento deve essere immediato.	Soggetto che presenta la minaccia di compromissione di una o più funzioni vitali (coscienza, respiro, circolo.)	Soggetto che necessita di prestazioni mediche urgenti, ma differibili in quanto non vi è pericolo per le funzioni vitali

Esempio di Piano di Primo Soccorso per la scuola

Bisogna sempre tenere presente che nella scuola gli allievi sono minorenni, dunque la responsabilità, nel caso in cui i genitori non siano immediatamente reperibili, ricade sul Dirigente Scolastico e suoi delegati, quindi anche sull'Addetto al Primo Soccorso.

In più, se l'infortunato si trova in presenza di altri compagni, è necessario che l'insegnante che si trova con essi, nonché l'Addetto PS, tranquillizzino tutti, cercando di mantenere la calma ed evitando diffusione di inutile panico.

Inoltre, in caso di grave incidente od infortunio, l'istituzione scolastica è obbligata a redigere una relazione scritta descrittiva indicante le circostanze precise, la dinamica e le modalità dell'infortunio, il luogo, il giorno, l'ora, l'eventuale presenza di testimoni, la descrizione del Soccorso prestato. Se nell'infortunio sono coinvolti giocattoli, è tenuto a presentare la norma degli stessi, trasmettendo la documentazione comprovante l'esistenza del marchio "CE" sul prodotto.



Entro 24 ore dall'incidente l'insegnante di classe è obbligato a trasmettere alla Direzione Didattica una relazione dettagliata dell'accaduto, utilizzando un apposito modulo. La gestione della pratica di infortunio comporta per il dirigente Scolastico molteplici implicazioni, nonché l'espletamento di numerose pratiche amministrative, tra le quali l'obbligo di denuncia all'INAIL. È quindi indispensabile che in caso di infortunio, anche lieve, il personale ne dia immediata notizia al Dirigente Scolastico.

La SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI a SCUOLA

Presso le istituzioni scolastiche non si prevede, in generale, la somministrazione di farmaci da parte del personale scolastico. Tuttavia, in alcuni casi eccezionali, gli insegnanti e i collaboratori sono autorizzati a somministrare farmaci agli alunni, previa richiesta da parte dei genitori e del medico, qualora la somministrazione del farmaco non presenti particolari difficoltà e vi sia la disponibilità del personale della scuola a farsene carico.

Le patologie per cui viene presa in considerazione la somministrazione di un farmaco a scuola sono in genere croniche e prevedono farmaci indispensabili salvavita, la cui mancata somministrazione renderebbe impossibile la stessa frequenza scolastica da parte dell'alunno.

Dunque, la possibilità di somministrare farmaci a scuola tutela il diritto allo studio e all'istruzione e garantisce la salute ed il benessere, anche all'interno della struttura scolastica.

È all'interno di una nota congiunta da parte del Miur (Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca) e del Ministero della Salute (n. 2312 del 25 Novembre 2005) che sono raccolte le raccomandazioni contenenti le Linee Guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico. In particolar modo, si evince che la somministrazione di farmaci in orario scolastico deve essere fortemente richiesta dai genitori degli alunni, che ne chiedono la collaborazione alla scuola, a fronte della presentazione di una certificazione attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia).

Dunque, la somministrazione di farmaci agli alunni in orario scolastico coinvolge, ciascuno per le proprie responsabilità e competenze:

- le famiglie degli alunni e/o gli esercenti la potestà genitoriale;



- la scuola: dirigente scolastico, personale docente ed ATA;
- i servizi sanitari: i medici di base e le ASL competenti territorialmente.

Le [Raccomandazioni](#) relative alla somministrazione dei farmaci a scuola prevedono:

SOMMINISTRAZIONE:

- deve avvenire sulla base di autorizzazioni specifiche: deve essere richiesta formalmente dai genitori, i quali inoltrano al Dirigente Scolastico la richiesta di somministrazione del farmaco a scuola, a fronte della presentazione di una certificazione medica, attestante lo stato di malattia dell'alunno, con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere.
- Non deve richiedere cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica.

DIRIGENTE SCOLASTICO:

- effettua una verifica delle strutture scolastiche, mediante l'individuazione del luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci.
- Individua, tra il personale docente ed ATA che abbia seguito i corsi di pronto soccorso ai sensi della normativa vigente, gli operatori scolastici in grado di somministrare il farmaco.
- Verifica la disponibilità degli operatori scolastici in servizio a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci.
- Concede, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario scolastico ai genitori degli alunni, o a loro delegati, per la somministrazione dei farmaci.
- Stipula accordi, convenzioni e collaborazioni con altri soggetti istituzionali del territorio (ad esempio volontari), qualora nell'edificio scolastico non siano presenti locali idonei, non vi sia alcuna disponibilità alla somministrazione da parte del personale o non vi siano i requisiti professionali necessari a garantire l'assistenza sanitaria.
- Svolge un'azione di sensibilizzazione del personale, al fine di garantire una risposta adeguata alle richieste.



CERTIFICAZIONI CHE LA SCUOLA DEVE ACQUISIRE:

- richiesta dei genitori motivata (somministrazione del farmaco non differibile in orario extrascolastico e impossibilità di provvedere autonomamente), in cui si autorizza il personale individuato dalla scuola a somministrare il farmaco al figlio, con la modalità e il dosaggio indicati dal medico.
- Sottoscrizione del proprio consenso da parte dei genitori, con il quale autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco al bambino, nelle patologie e nel dosaggio indicato dal medico curante.
- Prescrizione medica recante nome commerciale del farmaco, modalità ed orario di somministrazione, posologia, effetti collaterali, sintomi degli episodi acuti a cui deve seguire la somministrazione del farmaco salvavita e i comportamenti da assumere nel caso il farmaco fosse efficace.

QUALI RESPONSABILITA' PER CHI SOMMINISTRA IL FARMACO:

- nessuna, se sono seguite correttamente le indicazioni del medico.
- Omissione di Soccorso nel caso di mancata somministrazione correttamente richiesta.

Resta prescritto il ricorso al Sistema Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso nei casi in cui si ravvisi la sussistenza di una Situazione di Emergenza.

Vita, Salute e Sicurezza: Sfida di Cura per l'educazione

La scuola è un luogo in cui vita, salute e sicurezza si intrecciano profondamente. La vita, come diritto fondamentale di ogni uomo, diritto alla conservazione, a nascere e a disporre della vita stessa, nella sua inviolabilità, rivela la dignità della persona: ogni vita ha bisogno di essere tutelata, curata e salvaguardata, anche con gesti di aiuto e Primo Soccorso, per lasciare un segno negli altri esseri umani, in difesa del valore profondo della vita, di ogni vita.

Non solo gesti di reciproco sostegno a difesa della vita, ma anche azioni di prevenzione e salute.



A tal proposito l'**Organizzazione Mondiale della Sanità** (OMS) definisce la salute come *“uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale; consiste in quel complesso di azioni dirette non solo ad aumentare le capacità degli individui di prendersi cura della propria persona, ma anche ad avviare cambiamenti sociali, ambientali ed economici, in un processo che aumenti le reali possibilità di controllo, da parte dei singoli e della comunità, dei determinanti della salute”*.

In linea con i principi dell'OMS, in una scuola che promuove salute è necessario un lavoro integrato con i genitori e le comunità locali, un forte impegno collettivo per una missione educativa condivisa, volta alla diffusione non tanto di regole astratte o norme prescrittive da rispettare, bensì di corretti stili di vita da seguire in tutti i contesti sociali, ivi compresi gli ambienti educativi quali scuola e casa, per guidare i giovani sul sentiero della consapevolezza e dell'autotutela.

L'**educazione alla salute**, sin dalla scuola dell'infanzia, in linea con i principi di identità e autonomia, si qualifica come precoce proposta di prevenzione del disagio e di promozione del benessere psicofisico degli alunni, volto alla tutela di sé, nel rispetto e nella cura degli altri, valorizzando gli individui e le loro capacità di scelta. Inoltre, può costituire una competenza fondamentale di una nuova funzione docente più attenta alla centralità della dimensione emotiva ed affettiva dei giovani.

Tutti i bambini e i giovani hanno diritto e dovrebbero avere l'opportunità di essere educati in una scuola che promuove la salute, i cui principi rispondono alla democrazia, all'equità, all'empowerment e ad una formazione degli insegnanti che sappia valorizzare categorie quali quelle di comunità e sostenibilità. Le scuole che promuovono salute costituiscono un investimento sia per l'educazione che per la salute, mettendo al centro del programma il ragazzo che vive, lavora, gioca, negozia, riflette e impara. Fondamentale allora migliorare il rapporto tra educazione, organizzazione scolastica e salute.

Non vi è dubbio che la scuola rappresenti un ambito ideale per radicare la cultura della salute e della sicurezza, coinvolta in questo processo di accompagnamento ed educazione della comunità, dei genitori, degli alunni, nella costruzione di condizioni favorevoli di tutela e promozione della salute di ciascuno e della collettività.

Per quanto riguarda il concetto di sicurezza, esso trova due declinazioni: si parla di sicurezza oggettiva (prevenzione, impianti, dispositivi di protezione, procedure volti a limitare l'insicurezza, cioè il rischio presente) e di aspetti soggettivi della sicurezza (comportamenti individuali, competenze, abitudini, modo di



comunicare e attenzione al rischio, che aumentano la sicurezza, cioè la capacità di gestire e fronteggiare il rischio presente e, più in generale, migliorano il benessere e la qualità della vita stessa).

In un ambiente sicuro i rapporti si basano sulla solidarietà e non sulla competizione, le informazioni vengono condivise, esprimere opinioni o fare domande è considerato come fonte di dialogo e confronto sempre costruttivi, a sottolineare l'importanza di relazioni di collaborazione e comprensione reciproca, per discutere sugli atteggiamenti ed i comportamenti "sicuri".

Ciò significa occuparsi di sicurezza da un punto di vista più psicosociale, tenendo in considerazione i gruppi, la comunicazione, la cultura e la percezione del rischio, unitamente a tutti gli aspetti che caratterizzano un ambiente o un'organizzazione in cui si svolgono attività lavorative, nel quale interagiscono/agiscono comportamenti e relazioni.

Se la sicurezza è anche cultura e benessere, allora si potrebbe iniziare a calare questi principi nel mondo della scuola, favorendo la costruzione di una cultura della sicurezza sin dai primi momenti in cui le bambine e i bambini iniziano a sperimentarsi in un contesto di relazioni sociali, nel quale si confrontano/scontrano con atteggiamenti più o meno orientati a creare quelle forme di "corretta relazione e benessere" che favoriscono la sicurezza in senso più ampio.

È fondamentale sensibilizzare e rendere maggiormente consapevoli i docenti delle scuole di ogni ordine e grado in materia di sicurezza e salute, anche per la realizzazione di progetti interdisciplinari e attività laboratoriali incentrate su questi temi, possibilmente caratterizzate da un forte coinvolgimento dei bambini e dalla valorizzazione del loro impegno, per educare gli allievi a prendersi cura di sé e ad amare la vita, in tutte le sue forme.

Sicurezza e salute tendono entrambi al benessere e allo sviluppo della persona: infatti, gli interventi relativi al miglioramento della sicurezza non sono differenziabili da quelli rivolti al miglioramento del benessere e allo sviluppo del potenziale delle persone.

L'**educazione alla vita**, alla salute e alla sicurezza come incipit di un'educazione precoce volta al rispetto degli altri esseri umani e al mutuo aiuto; una base questa per poi avvicinarsi al tema del Soccorso e alla conoscenza interiorizzata delle principali Norme di Primo Soccorso. Educare alla vita, alla salute e alla sicurezza sono tre categorie essenziali dell'essere umano e in ciò sta l'importanza della conoscenza delle Norme di Primo Soccorso.