



**STATO MAGGIORE DELL'ESERCITO
REPARTO IMPIEGO DELLE FORZE**

STANAG N. 2003

(All. Aa004)



OGGETTO: BRIEFING PRIMO SOCCORSO AEROMOBILITA'

Promulgato il 17 ottobre 2003



TF GSA ROLE 1 - PMA

FIRST AID FOR SOLDIERS



NATO / PFP NON CLASSIFICATO

EVACUAZIONE FERITI

L'evacuazione dei feriti da una killing zone può essere attuata con diverse modalità a seconda del livello di pericolo presente :

COLD ZONE

I soccorsi arrivano quando l'evento che ha causato il ferito è ormai terminato, l'intera area è stata bonificata e non vi sono presupposti per ulteriori pericoli. Si tratta in genere di piccoli attentati o piccole imboscate.

Istruzioni :

- **FERITI GRAVI E/O INCOSCENTI** : attendere l'arrivo di mezzi di soccorso attrezzati . Evitare assolutamente di muoverlo o spostarlo. Mettere in pratica le nozioni del BLS solo se in presenza di arresto cardiaco.
- **FERITI DI ENTITA' MINORE E/O COSCENTI** : parlare col ferito chiedendo di provare a muovere gli arti. Se non presenta ferite immobilizzanti, aiutarlo a muoversi verso una zona agevole per i soccorsi.

HOT ZONE

Nell'area è ancora in corso, o comunque è elevato, il pericolo di scontro a fuoco o di esplosione. Non c'è tempo per attendere l'arrivo dei soccorsi che comunque non potrebbero operare in sicurezza. E' il caso di scontri a fuoco, di feriti da IED esplosi, colpi di RPG.

Istruzioni

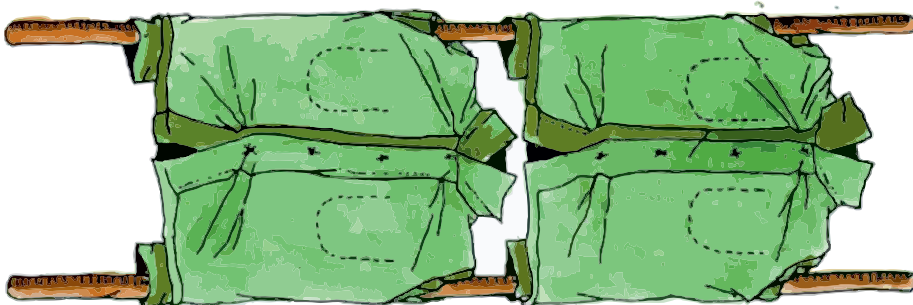
- **FERITI GRAVI E/O INCOSCENTI** : nessun indugio, il ferito grave va trasportato velocemente all'ospedale più vicino. Se l'area non consente una evacuazione rapida, trasportate il ferito con una barella, o in mancanza valutate la possibilità di costruirne una di emergenza, facendo in modo di muoverlo il meno possibile per evitare di aggravare eventuali lesioni interne, nella zona di evacuazione più vicina.
- **FERITI DI ENTITA' MINORE E/O COSCENTI** : accertarsi della capacità di muoversi del ferito e trasportarlo alla più vicina area di evacuazione.

COSTRUZIONE DI UNA BARELLA DI EMERGENZA

- Utilizzate le vostre giacche della tuta mimetica
- Abbottonate ognuna delle giacche e rivoltatele con l'esterno all'interno, lasciando le maniche distese all'interno.



- Fate passare due pali all'interno delle maniche delle giacche posizionate in successione.



- Adagiate sopra il ferito con estrema cautela per non aggravare eventuali lesioni.



DEFINIZIONE DI "PRIMO SOCCORSO"

Il "primo soccorso" è costituito da una sequenza predefinita e ripetuta di controlli e di valutazioni dei parametri vitali (coscienza, respirazione, azione cardiaca) e delle lesioni riportate dal ferito seguita da interventi finalizzati a:

a) mantenere stabili il più a lungo possibile le funzioni cardiaca e respiratoria (respiro e polso).

b) alleviare le sofferenze del ferito

iniziate immediatamente dopo il trauma/ferimento e continuate fino al momento in cui possono essere adottate le **specifiche ed appropriate cure mediche definitive** da parte di personale sanitario.

Ogni soldato **deve** conoscere gli elementi base del primo soccorso in modo da essere in grado di adottare tutte le misure necessarie per

- **Salvare la vita**
- **Prevenire l'inabilità permanente**
- **Ridurre lunghi periodi di ospedalizzazione propria o dei commilitoni**



NOTA

L'**operatività** di un reparto può essere mantenuta solo grazie al pronto e completo recupero dei soldati feriti o malati e ciò è possibile grazie a tempestive ed efficaci misure di primo soccorso, **fornite dai commilitoni**, seguite dalle più appropriate cure mediche **fornite dal personale sanitario**.

SCOPO

di questo briefing è quello di far conoscere ad ogni soldato
cosa fare
cosa non fare
quando richiedere l'intervento medico
in caso di ferimento, trauma o malore di un commilitone.

IL FATTORE TEMPO E' CRITICO

IN CASO DI ARRESTO CARDIACO l'ossigeno dei polmoni ed il flusso sanguigno sono sufficienti a garantire la sopravvivenza solo per pochi minuti.

La vittima con circolazione e respiro interrotti **per meno di 4 minuti** ha buone probabilità di piena ripresa se le manovre di rianimazione cardiorespiratoria di base sono iniziate immediatamente e sono seguite, entro i successivi 4 minuti dalla rianimazione cardiopolmonare avanzato.

Iniziando le manovre **dopo 4-6 minuti** c'è già una probabilità che la ripresa sia accompagnata da danni cerebrali



Iniziando le manovre **dopo 6 minuti** il danno cerebrale è quasi certo.

- n.1 Valutare lo stato di coscienza
- n.2 Valutazione della respirazione e del polso
- n.3 Verificare presenza di emorragie
- n.4 Prevenzione dello stato di shock
- n.5 Verificare presenza di fratture della schiena o del collo
- n.6 Verifica presenza di fratture degli arti sup.e inf.
- n.7 Valutazione ustioni
- n.8 Valutazione lesioni o contusioni alla testa

Chiedere con voce ferma e calma

"Come va?"

Scuotere gentilmente o

dare un colpetto o pizzicotto

Valutare velocemente ogni lesione e determinare se la persona è cosciente

B. BREATHING:

Ventilazione

Se il ferito è incosciente, il soccorritore deve stabilire se respira.

Questa valutazione richiede che la vittima sia posizionata in



maniera adeguata con le vie aeree pervie.

Posizione corretta: supina su una superficie rigida e piatta, con le braccia lungo il corpo.

(⌚ **3"-5"**): determinare l'assenza o la presenza di respiro spontaneo: posizionare il proprio orecchio sopra la bocca e il naso della vittima, mantenendo le vie pervie le vie aeree (A.Airway) e quindi G.A.S.

Guardare

Ascoltare

Sentire

C. CIRCULATION:

circolazione

Valutazione (⌚ 5"-10"):

Mentre si effettua la manovra GAS il soccorritore valuta se sono presenti elementi che manifestino la presenza di circolazione interna: movimenti della persona, degli arti, colpi di tosse, respiro. La manovra è definita MO.TO.RE. (MOvimenti, TOsse, REspiro). Oltre a queste due operazioni, è possibile la ricerca del polso preferibilmente carotideo (premere con i polpastrelli di indice e medio sulla carotide, posta lateralmente al pomo di Adamo), giacché permette la percezione di battito cardiaco anche ad una pressione



arteriosa sistolica (massima) di 50 mmHg, mentre il polso radiale e femorale non permettono di reperire battito con pressione arteriosa sistolica inferiore a 80 mmHg. Comunque, poiché non è facile cercare il polso carotideo, la presenza di MO.TO.RE., anche quando il polso carotideo non è apprezzabile, è una prova certa che il cuore sta battendo.

La ricerca di segni di circolo (MO.TO.RE.) non deve in nessun modo ritardare le operazioni di soccorso, per cui in caso di dubbio, si assume che l'attività cardiaca sia assente.

In assenza di MO.TO.RE. è indispensabile iniziare la rianimazione cardio-polmonare RCP.

C.P.R.: rianimazione cardiopolmonare

La procedura della rianimazione cardio-polmonare, da effettuarsi su un paziente su una superficie rigida (una superficie morbida o cedevole rende completamente inutili le compressioni) consiste in queste fasi:



Massaggio cardiaco

- Il soccorritore si inginocchia a fianco del torace, con la sua gamba all'altezza della spalla dell'infortunato.



- Rimuove, aprendo o tagliando se necessario, gli abiti dell'infortunato. La manovra richiede il contatto con il torace, per essere sicuri della corretta posizione delle mani.
- Colloca le mani direttamente sopra lo sterno, una sopra all'altra, al centro del petto. Per evitare di rompere le costole, solo il palmo delle mani dovrebbe toccare il torace. Più in particolare, il punto di contatto dovrebbe essere l'eminanza palmare, ovvero la parte più inferiore e vicina al polso del palmo, che si presenta più dura e posta in asse con l'arto. Per facilitare questo contatto può essere utile intrecciare le dita e sollevarle leggermente.
- Sposta il peso verso avanti, rimanendo sulle ginocchia, fino a che le sue spalle non sono direttamente sopra le mani.
- Tenendo le braccia dritte, senza piegare i gomiti, il soccorritore si muove su e giù con determinazione facendo perno sul bacino. Per essere efficace, la pressione sul torace deve provocare un movimento di circa 4-5 cm per ciascuna compressione. È fondamentale, per la riuscita dell'operazione, che il soccorritore rilasci completamente il petto dopo ogni compressione, evitando assolutamente che il palmo delle mani si stacchi dal torace causando un dannoso effetto di rimbalzo.
- Il ritmo di compressione corretto deve essere di almeno 100 compressioni al minuto ma non superiore a 120 compressioni al minuto, ovvero 3 ogni 2 secondi.



Respirazione bocca a bocca

- Dopo ogni 30 compressioni, è necessario praticare 2 insufflazioni con la respirazione artificiale. La testa viene ruotata all'indietro, il soccorritore chiude il naso con una mano mentre estende la mandibola con l'altra per mantenere la bocca aperta. Si noti che, dimenticando di chiudere il naso, l'operazione risulterà completamente inefficace. È fondamentale che durante le insufflazioni il capo rimanga iperesteso, giacché una scorretta posizione delle vie aeree espone la vittima al rischio che entri aria nello stomaco, provocando così facilmente rigurgito. Quest'ultimo è provocato anche dalla potenza con cui si soffia: se si soffia troppo forte si manda aria nello stomaco. La respirazione bocca a bocca comporta l'insufflazione forzata di aria nel sistema respiratorio dell'infortunato, con l'ausilio di una mascherina o di un boccaio. In caso di mancanza, un fazzoletto di cotone può essere impiegato per proteggere il soccorritore dal contatto diretto con la bocca dell'infortunato. Le nuove linee guida del 2010 mettono in guardia il soccorritore dai rischi dell'iperventilazione: aumento eccessivo della pressione intratoracica, rischio di insufflazione di aria nello stomaco, eccessivo ritorno venoso al cuore; per questa ragione le insufflazioni non devono essere eccessivamente energiche, ma emettere una quantità d'aria non superiore a 500-600 cm³ (mezzo litro, in un tempo non superiore al secondo). In ultimo va ricordato che l'aria inspirata dal soccorritore prima di



- insufflare deve essere il più possibile "pura", e cioè contenere la più alta percentuale possibile di ossigeno: per questo tra un'insufflazione e l'altra il soccorritore dovrà alzare la testa per inspirare a una distanza sufficiente perché non inspiri l'aria emessa dalla vittima, che presenta una densità di ossigeno minore.
- Ritorna dalla parte del torace e riposiziona le mani nella posizione corretta.
- Ripete il ciclo di 30:2 per un totale di 5 volte controllando alla fine se esistono segni di MO.TO.RE. , ripetendo la procedura senza mai fermarsi, tranne che per esaurimento fisico o per l'arrivo dei soccorsi.
- Se invece i segni di MO.TO.RE. ritornano presenti (la vittima muove un braccio, tossisce, muove gli occhi, parla ecc.), occorre tornare al punto B: se quindi la respirazione è presente, si potrà disporre la vittima in PLS (Posizione Laterale di Sicurezza), altrimenti si dovranno eseguire soltanto ventilazioni (10-12 al minuto), ricontrollando ogni minuto i segni di MO.TO.RE. fino alla ripresa completa della respirazione normale (che è di circa 10-20 atti al minuto).
- La rianimazione deve sempre cominciare con le compressioni salvo nel caso in cui si tratti di trauma o la vittima sia un bambino: in questi casi si comincerà con 5 insufflazioni, per poi proseguire normalmente con l'alternanza compressioni-insufflazioni. Questo avviene perché in caso di



- trauma si presume che l'ossigeno presente nei polmoni dell'infortunato non sia in quantità sufficiente a garantire l'efficienza della circolazione sanguigna; a maggior ragione, a titolo precauzionale, si inizierà con le insufflazioni in caso la vittima sia un bambino, in virtù del fatto che è presumibile che un bambino, godendo di buone condizioni di salute, si trovi in stato di arresto cardiaco per cause dovute con maggiore probabilità a trauma o ad un corpo estraneo penetrato nelle vie aeree.

Il soccorritore smetterà il massaggio cardiaco esclusivamente se:

- si modificano le condizioni del luogo, che non diventa più sicuro. In caso di grave pericolo il soccorritore ha il dovere di mettersi in salvo.
- arriva soccorso qualificato con una più efficace attrezzatura
- è sfinito e non ha più forze (anche se in questo caso in genere si chiedono i cambi, che dovranno avvenire a metà delle 30 compressioni, in maniera tale da non interrompere il ciclo compressioni-insufflazioni).
- il soggetto riprende le funzioni vitali



ATTENZIONE : l'efficacia della RCP è ravvisabile non prima di 4 minuti di manovre corrette. Oltre gli 8 minuti di assenza di battito il cervello subisce danni permanenti e irreparabili per cui non è consigliato continuare oltre quel termine con la RCP.

vedere aggiornamento * in fondo al documento

Trattamento ferite

- Per stabilire la sede, il tipo, le dimensioni di una ferita o una lesione in genere è necessario tagliare gli indumenti ed esporre interamente e con cautela tutta l'area interessata.
- Questa procedura è necessaria per evitare ulteriore contaminazione.
- Gli indumenti attaccati alla ferita non devono essere rimossi
- Non toccare la ferita e mantenerla più pulita possibile

ARRESTO DEL SANGUINAMENTO E PROTEZIONE DELLA FERITA

**Applicazione di bendaggio compressivo
Punti di compressione manuale
Laccio emostatico o tourniquet**



Si usa solo quando:

- Il sanguinamento continua e tutte le altre misure hanno fallito provare ad applicare un **laccio emostatico (tourniquet)** intorno ad un arto per arrestare l'emorragia. Questo è il caso di lesione di una o più arterie. Se il bendaggio a pressione nonostante la compressione manuale si imbeve ugualmente di sangue vuol dire che l'emorragia non è stata arrestata pertanto dobbiamo provare ad applicare un laccio emostatico
- Nel caso di **amputazione completa di un'estremità** bisogna
- immediatamente ed in ogni caso applicare un laccio emostatico, anche se inizialmente dall'estremità amputata uscirà poco sangue a causa della contrazione vascolare riflessa.

Dopo aver applicato il laccio il ferito **DEVE ESSERE TRASPORTATO IL PIU' PRESTO POSSIBILE** presso una struttura sanitaria

- Applicare il laccio **4-8 cm sopra la frattura o la ferita**.
- Non applicare mai direttamente sopra la ferita o la frattura, sopra un'articolazione (polso, gomito, ginocchio).
- Nel caso di ferite prossime ad un'articolazione applicare il laccio il più vicino possibile all'articolazione.



- **Proteggere la pelle al di sotto del laccio (stoffa...) poiché la cute può essere danneggiata (per ridurre dolore e salvaguardare la cute)**
- **Se possibile recuperare e trasportare le parti corporee amputate (ovviamente fuori dalla vista del ferito)**
- **Non coprire il laccio che deve rimanere bene in vista.**
- **Applicare un bendaggio sul moncone di un'amputazione**
- **Marcare, sulla fronte del ferito con una "T" per indicare che è stato applicato un laccio emostatico (se necessario usare il sangue del ferito)**
- **Valutare e prevenire lo shock**
- **Richiedere intervento medico**

Applicazione di un laccio emostatico

CAUSE:

- **Perdita abbondante di sangue**
- **Insufficienza cardiaca**
- **Disidratazione**
- **Ustioni estese**
- **Gravi infezioni di ferite**
- **Reazioni allergiche gravi da farmaci, cibi, punture d'insetto, morsi di serpenti**
- **Dolore intenso**



SINTOMI:

- Pelle sudata e fredda
- Stato di agitazione
- Sete
- Stato confusionale
- Ritmo della respirazione frequente
- Pelle bluastra specie vicino alla bocca
- Nausea e/o vomito

In presenza dei sintomi descritti iniziare il trattamento antishock

- Portare il ferito al riparo se è disponibile un riparo e la situazione lo permette.
- **Far sdraiare** il ferito sul dorso e **sollevare i piedi di 15-20 cm** (non sollevare gli arti prima di aver immobilizzato eventuali fratture)
- In caso di **ferite alla testa, all'addome, al volto o fratture alle gambe** metterlo in **posizione seduta o semiseduta**. Un ferito in stato di shock per attacco cardiaco, ferita al torace respira meglio se in posizione semi seduta. Pertanto deve essere monitorato per riscontrare eventuali aggravamenti.
- Slacciare la divisa al collo ed alla vita
- Rassicurare e tenere calmo il ferito (mostrare autorevolezza e sicurezza e facendo capire che si è lì per aiutarlo)



Trattamento dello shock (continua)

- Prevenire il raffreddamento del corpo o l'eccesso di calore: se fa freddo coprirlo e tenerlo isolato dal terreno; se fa caldo portarlo all'ombra ed evitare di coprirlo eccessivamente. **Se il ferito ha un laccio emostatico non coprirlo.**
- Durante il trattamento/prevenzione dello shock **NON somministrare alimenti o bevande**. Se ci allontaniamo dal ferito ed è incosciente, girargli la testa di lato per prevenire che in caso di rigurgito possa soffocare.

SINTOMI:

- Dolore o estrema sensibilità al collo o alla schiena
- Ferite, abrasioni o contusioni al collo o alla schiena
- Incapacità del ferito di muoversi (paralisi: chiedere al ferito di provare a muoversi; intorpidimento o insensibilità: chiedere al ferito se sente quando lo tocchiamo in varie parti del corpo)
- Posizione inusuale di arti o del corpo

Trattamento fratture della colonna vertebrale

Se si ritiene che vi sia una frattura procedere all'IMMOBILIZZAZIONE:

- Dire al ferito di non muoversi



Se si sospetta una frattura della colonna dorso-lombare (schiena):

- infila un'imbottitura sotto l'arco della schiena senza muovere il corpo

Controlla gli arti del ferito alla ricerca di **fratture aperte (esposte)** :

- Verifica la presenza di emorragie o perdite di sangue e ossa che sporgono attraverso la pelle

fratture interne (non esposte):

- Verifica la presenza di rigonfiamenti, scolorimento della pelle, deformità o posizioni non usuali degli arti

Controllare che il sangue circoli liberamente in corrispondenza dell'arto fratturato

Sfilare anelli e bracciali agli arti superiori

Fissare con due stecche l'arto fissandone almeno in due punti al di sopra ed al di sotto della zona della frattura.

Non cercare di raddrizzare l'arto

Non legare o appoggiare le stecche direttamente sulla frattura

Se si evidenzia quanto sopra iniziare il trattamento di primo soccorso per le ustioni:

- Prima di iniziare il trattamento **eliminare** la causa delle ustioni (in caso di fiamme usare coperte non sintetiche che sono infiammabili)
- Rimuovere parti del vestito che coprono la ferita, bagnare abbondantemente con acqua fredda per 10-15 minuti.



- Rimuovere orologi, anelli in previsione del rigonfiamento secondario delle zone ustionate
- Coprire l'ustione con garza sterile o un tessuto pulito

NON BISOGNA:

- Staccare lembi di vestito carbonizzati ed adesi alla cute ustionata
- Applicare unguenti, oli o disinfettanti
- Bucare le vescicole
- Applicare cerotti o bende adesive
- Applicare fasciature al volto o ai genitali

Sintomi:

- Pupille disuguali
- Perdita di fluidi (liquor o sangue) da orecchie, naso, bocca o ferita del capo
- Pronuncia difettosa o balbettante
- Stato confusionale o torpore
- Perdita di memoria o conoscenza
- Mal di testa, vomito, nausea
- Paralisi
- Convulsioni o contrazioni spasmodiche



Nel caso si riscontri il quadro descritto:

- Richiedi il soccorso sanitario
- Pratica se necessario la rianimazione cardiopolmonare (ventilazione bocca a bocca e massaggio cardiaco esterno).
- Nel caso in cui si sospetti un trauma cranico monitorare costantemente il ferito poiché potrebbe essere necessario attuare la CPR

Trattamento ferite alla testa

- Controlla lo stato di coscienza del ferito
- Se il ferito è cosciente e la ferita è leggera, porlo in posizione seduta a meno che non vi sia flusso di sangue o fluido in gola
- Ogni traumatizzato cranico incosciente deve essere considerato sempre come se avesse avuto anche una lesione spinale.
- Se il ferito è incosciente e la ferita è grave, immobilizzarlo e se ha vomito o perdita sangue sdraiarlo su un fianco tenendo la testa e il collo allineati.
- Applicare una medicazione sulla ferita senza compressione.
- In caso di ferita molto grave, con esposizione e protrusione di materia cerebrale non toccare la ferita, coprire delicatamente con benda senza comprimere e posizionare il ferito con la testa più alta del corpo. Richiedere intervento medico immediato.



Bendaggio ferita all'addome:

- Far sdraiare il ferito
- Scoprire completamente la ferita tagliando gli indumenti
- non staccare gli indumenti che risultano appiccicati
- Raccogliere eventuali organi fuoriusciti ed appoggiarli sulla ferita senza tentare di reintrodurli
- Applicare un tampone sulla ferita e fare un bendaggio con un nodo piatto sul fianco
- Controllare che il bendaggio non scivoli
- Il ferito **NON DEVE MANGIARE, BERE O FUMARE**

Bendaggio ferita del torace

- Scoprire la ferita
- Applicare sulla ferita un tessuto impermeabile all'aria
- Sovrapporre tampone e benda legando il bendaggio sopra la ferita stringendo in corrispondenza dell'espiazione
- Far sdraiare il ferito sul lato lesa



***AGGIORNAMENTO RCP**

Le modifiche più recenti (come verificabile sugli appositi manuali A.H.A) riguardano più l'ordine che le procedure. Innanzitutto, è aumentata l'enfasi sul massaggio cardiaco precoce (quindi sulla C: Circulation), ritenuto più importante dell'ossigenazione precoce. La sequenza è quindi variata come segue; si inizia con le 30 compressioni toraciche (che devono iniziare entro 10 secondi dal riconoscimento del blocco cardiaco), e si procede poi alle manovre di apertura delle vie aeree e quindi alla ventilazione. Così facendo si ritarda solo di circa 20 secondi la prima ventilazione, cosa che non influisce negativamente sulla buona riuscita della CPR-

Modifiche minori riguardano la frequenza di compressioni toraciche (da *circa* 100/min ad *almeno* 100/min) e l'utilizzo della pressione cricoidea per prevenire l'insufflazione gastrica: la pressione cricoidea va evitata poiché non è efficace e può rivelarsi dannosa rendendo più difficoltoso l'inserimento di dispositivi respiratori avanzati come tubi endotracheali etc.

ATTENZIONE : l'efficacia della RCP è ravvisabile non prima di 4 minuti di manovre corrette. Oltre gli 8 minuti di assenza di battito il cervello subisce danni permanenti e irreparabili per cui non è consigliato continuare oltre quel termine con la RCP.