



TF GSA

ROLE 2 – PMA

FIRST AID FOR SOLDIERS



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.

2

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'invalidità permanente**
- **Ridurre lunghi periodi di ospedalizzazione propria o dei commilitoni**

NOTA

Dopo aver prestato il primo soccorso il soldato, se la situazione tattica lo consente, deve continuare la valutazione del ferito monitorando le sue condizioni senza interrompere il trattamento fino all'arrivo di personale sanitario.

Sempre se la situazione lo consente, inviare un'altra persona a cercare personale sanitario

3

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**.

4

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.

5

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.

6

CONTROLLI/VALUTAZIONI

- 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

INTERVENTI/TRATTAMENTI

Rianimazione cardio-respiratoria
Arresto emorragie
Prevenzione dello shock
Bendaggio ferite addome, torace e testa
Immobilizzazione fratture
Trattamento ustioni

7

1. Valutazione dello stato di coscienza

Chiedere con voce ferma e calma

“Come va?”

Scuotere gentilmente o
dare un colpetto o pizzicotto

risponde

Attivare i soccorsi

Non risponde

Chiedere:

dove sente dolore

o dove non ha sensibilità

Se ha **difficoltà respiratoria**

passare al controllo

ed agli interventi sulle vie aeree.

Passare al **punto 2. Airway:**

Controllo della respirazione

Se si sospetta una lesione del collo o della schiena

NON MUOVERE IL FERITO

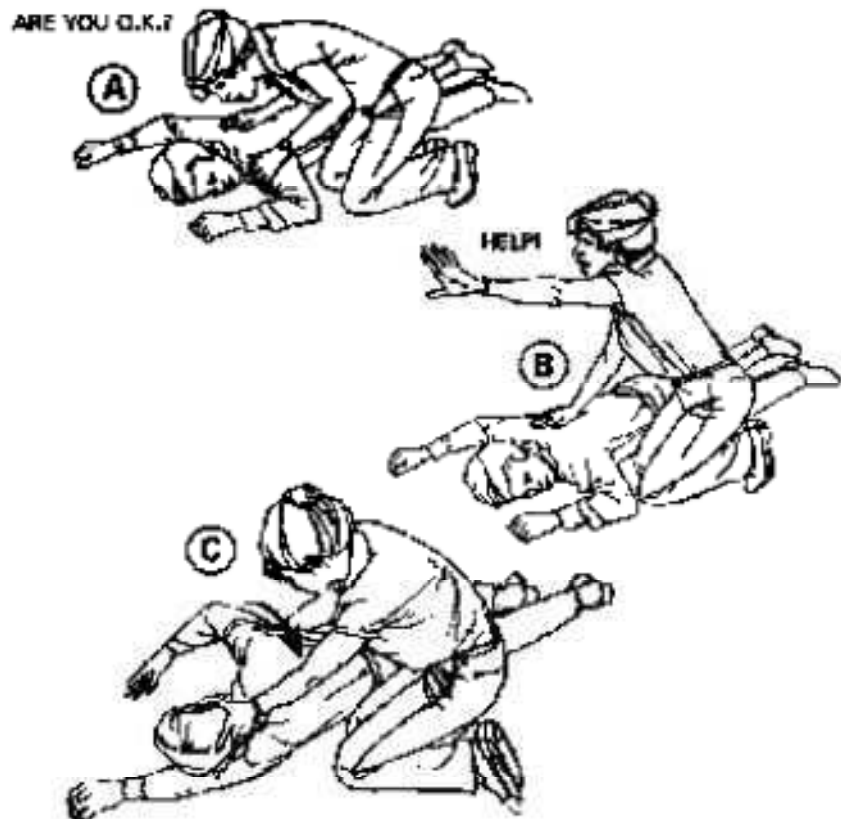
A meno che non sia in pericolo di vita.

Movimenti errati possono provocare morte o paralisi

8

**Valutare
velocemente ogni
lesione e
determinare se la
persona è cosciente**

C. manovra “LAG ROLL”



SOURCE: Copyright, American Heart Association. *Instructor's Manual for Basic Life Support*. Dallas: American Heart Association, 1987.

★ Figure 2-1. Responsiveness checked

2. Valutazione di respirazione e polso

Questo passo è suddiviso in 3 punti

- A. AIRWAY:** apertura delle vie aeree
- B. BREATHING:** ventilazione
- C. CIRCULATION:** circolazione

10

A. AIRWAY: controllo e apertura delle vie aeree

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.

WARNING

Se la vittima è distesa a faccia in giù, nel posizionarla correttamente muovere simultaneamente, senza torsioni il capo, spalle e torace, come se si trattasse di un blocco unico (manovra "LAG ROLL")
Soprattutto se si sospetta una lesione del collo

11

Apertura delle vie aeree

(5'-10')

Si deve procedere all'immediata apertura delle vie aeree

Se nel cavo orale è presente **materiale estraneo** o vomito deve essere rimosso immediatamente: girare la testa di lato e liberare la bocca con la **tecnica del "finger sweep"**:

- se liquido (vomito ..) con indice coperto da stoffa;
- se solido (corpo estraneo) con indice e medio "a pinza" (la dentiera va rimossa solo se non rimane fissa).

A causa della forza di gravità e del rilasciamento muscolare la lingua ed il tessuto molle faringeo possono ostruire il faringe. Questa ostruzione deve essere rimossa immediatamente mediante le seguenti manovre:

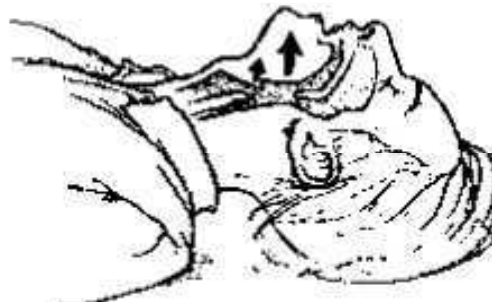
- **Manovra combinata "Head tilt-chin lift"**
- Se si sospetta lesione del collo (rachide cervicale) si usa la **manovra "Jaw-thrust"** senza il "head-tilt".

Ostruzione delle vie aeree



SOURCE: Copyright, American Heart Association. *Instructor's Manual for Basic Life Support*. Dallas: American Heart Association, 1987.

★ Figure 2-2. Airway blocked by tongue.



SOURCE: Copyright, American Heart Association. *Instructor's Manual for Basic Life Support*. Dallas: American Heart Association, 1987.

★ Figure 2-3. Airway opened (tongue up).

Manovra head tilt -chin lift



SOURCE: Copyright, American Heart Association. *Instructor's Manual for Basic Life Support*. Dallas: American Heart Association, 1987.

★ Figure 2-6. Head-tilt/chin-lift technique of opening airway.

in caso di sospetta
lesione spinale
cervicale

Manovra jaw-thrust



SOURCE: Copyright, American Heart Association. *Instructor's Manual for Basic Life Support*. Dallas: American Heart Association, 1987.

★ Figure 2-4. Jaw-thrust technique of opening airway.

Disostruzione delle vie aeree: Manovra "finger sweep"



Figure 2-25. Opening casualty's mouth (tongue-jaw lift).



Figure 2-26. Opening casualty's mouth (crossed-finger method).



Figure 2-27. Using finger to dislodge foreign body.

Manovra di Heimlich o "abdominal thrust"

Afferrare il proprio pugno e premerlo contro l'addome con una rapida spinta verso l'alto

Ogni spinta deve essere separata e distinta dalla precedente.

Ripetere le spinte fino a fuoriuscita del corpo estraneo o alla perdita di coscienza del paziente (-> respirazione artificiale)

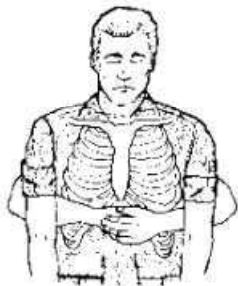


Figure 2-19. Anatomical view of abdominal thrust procedure.



Figure 2-22. Abdominal thrust on unconscious casualty.



Figure 2-20. Profile view of abdominal thrust.

16

Nel caso in cui l'ostruzione determini la perdita di coscienza dell'individuo, aprire le vie aeree e iniziare la ventilazione artificiale bocca a bocca e quindi se l'ostruzione persiste ripetere la sequenza fino a quando si riesce a risolvere l'ostruzione:

Manovra di Heimlich
(6-10 volte)

Apertura vie aeree
e
finger sweep

Ventilazione bocca a bocca

WARNING

Se vi sono segni di contaminazione chimica o biologica bisogna IMMEDIATAMENTE applicare la maschera antigas al ferito. In caso si tratti di gas nervino somministrare le fiale di atropina e l'antidoto.

17

B. BREATHING: Ventilazione

Valutazione (⌚ 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 se il torace si alza e si abbassa

Ascoltare se esce aria

Sentire il respiro

Respiro spontaneo
regolare

Gasping
(sforzi respiratori)

Assenza di respiro spontaneo

Disporre il paziente nella
Posizione di sicurezza

Disostruire le vie
aeree ed eventuale
manovra di Heimlich

Eseguire la
respirazione bocca a bocca

18

Valutazione della respirazione

Guardare
Ascoltare
Sentire

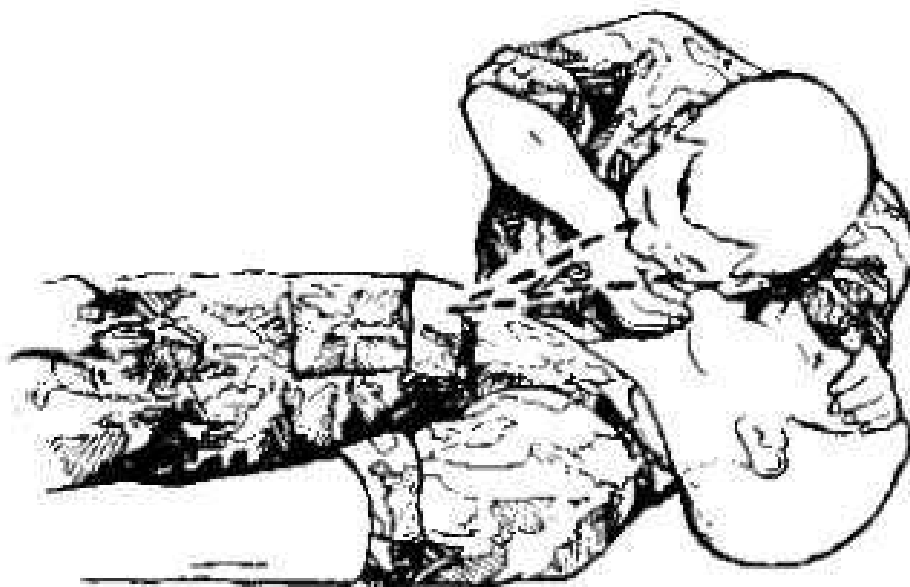


Figure 2-6. Check for breathing.

Respirazione d'emergenza con la tecnica bocca a bocca



Figure 2-8. Rescue breathing.

• Mantenere pervie le vie aeree (head tilt-chin lift)

• Chiudere delicatamente naso (pollice ed indice della mano posizionata sulla fronte)

• Eseguire due insufflazioni iniziali lente e profonde (1,5"-2" per respiro) di entità tale da far espandere il torace (0,8 - 1 litro)

• Fare un respiro dopo ogni insufflazione

• Ripetere poi con una frequenza di 10-12- insufflazioni minuto

• Osservare contemporaneamente movimenti del torace e l'aria che fuoriesce in espirazione

20

C. CIRCULATION: circolazione

Valutazione (⌚ 5"-10"): determinare l'assenza del polso palpando l'arteria carotide

Polso presente

Polso assente

Respira

Non respira

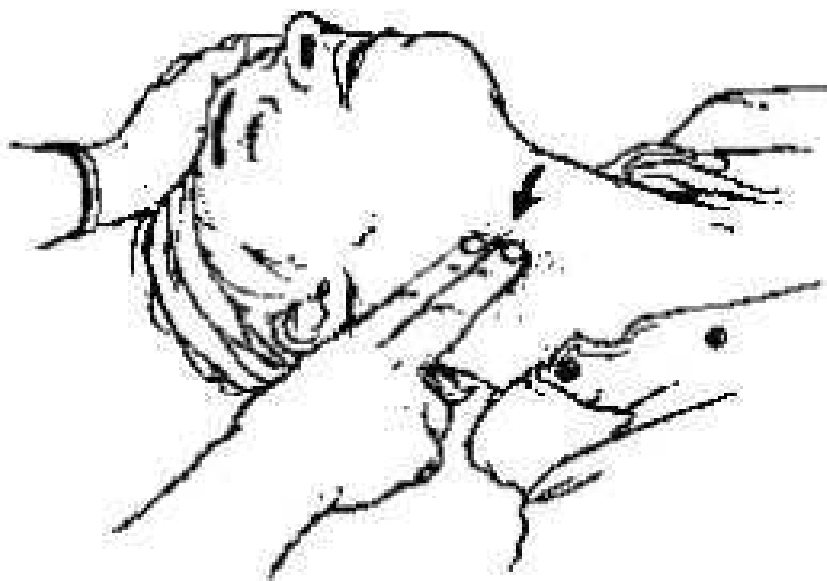
Posizione di sicurezza
(se non ha lesioni spinali)

La vittima è in arresto cardiaco
pertanto iniziare
la rianimazione cardiopolmonare
Ventilazione + massaggio cardiaco

Dopo le due insufflazioni iniziali
Ventilare a una frequenza di 10-12 volte al minuto
o una volta ogni 5-6"

21

Ricerca del polso carotideo



SOURCE: Copyright, American Heart Association, *Instructor's Manual for Basic Life Support*. Dallas: American Heart Association, 1987.

★ Figure 2-9. Placement of fingers to detect pulse.

2

Massaggio cardiaco esterno

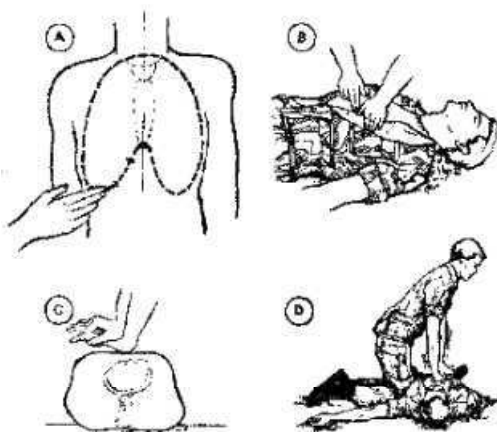


Figure 2-23. Hand placement for chest thrust (illustrated A-D).

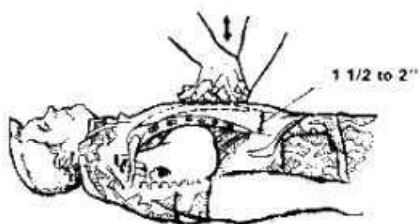


Figure 2-24. Breastbone depressed 1 1/2 to 2 inches.

Paziente in **posizione orizzontale supina** con la schiena appoggiata ad una **superficie rigida**
 ★Mani posizionate nella metà inferiore dello sterno a circa **2 dita dall'apofisi xifoidea**
 Gomiti ravvicinati, braccia tese e spalle posizionate sulla verticale delle mani
 Esercitare la massima pressione con il minimo sforzo sfruttando il peso del corpo che cade in avanti non flettendo le braccia
 Lo sterno deve abbassarsi di circa **4-5 cm**
 Una compressione sternale ottimale dovrebbe generare un polso carotideo palpabile
 Dopo la compressione lasciare sollevare lo sterno liberamente (**rapporto compressione/rilasciamento 1:1**)
 Frequenza di compressioni toraciche compresa tra **80-100 al minuto**

23

inizio

**Valutazione:
Determinazione
dello stato
di coscienza**

no

**Posizionare
il ferito
chiamare
i soccorsi**

**Garantire
Pervietà delle
Vie aeree**

risponde

si

**Mantenere pervie
Le vie aeree**

si

respira

**Valutazione:
Determinare
se respira**

**Posizionare
Monitorare
trasportare**

no

**Iniziare
la ventilazione**

24

ventilare

Entra aria?

si

**Ventilare 2 volte
1,5-2 secondi per
Ciascun respiro**

no

**Valutazione:
Determinare il polso**

Ripetere la sequenza:

**Riposizionare il capo
ventilare
Finger sweep
ventilare
Manovra di heimlich**

si

Il polso è presente?

no

**Continuare a ventilare
10-12 insufflazioni al
minuto
monitorare**

**Compressioni toraciche
e insufflazioni
Rapporto 15:2**

C.P.R.: rianimazione cardiopolmonare

È il sostegno delle funzioni vitali attuata applicando le tecniche della **Ventilazione bocca a bocca** e del **massaggio cardiaco esterno**

C.P.R. eseguita da un solo soccorritore

Ventilazione bocca a bocca: insufflare 10-12 volte al minuto
massaggio cardiaco esterno: 80-100 compressioni al minuto
rapporto compressione/ ventilazione è 15:2

C.P.R. eseguita da due soccorritori

rapporto compressione/ ventilazione: le linee guida 2000 dell'A.H.A., relativamente al B.L.S., confermano il rapporto 15:2 anche nell'eventualità dell'intervento di due soccorritori.

26

n.3 Verificare la presenza di emorragie

- Ricercare eventuali perdite di sangue o emorragie:
- Controllare se vi sono fori di entrata e di uscita

Arresto emorragia manovre da adottare in successione:

1. Fasciare e coprire la ferita
2. Applicare una pressione manuale diretta sulla ferita,
3. Elevare il segmento corporeo al di sopra del cuore
4. Applicare un bendaggio compressivo mantenendo l'arto sollevato
5. Applicare pressione digitale su punti appropriati
6. Applicare un laccio emostatico (o tourniquet)

Ferita ad un braccio o ad una gamba: **applicare bendaggio compressivo**

Amputazione parziale o completa: **applicare bendaggio compressivo e laccio emostatico**

Ferita aperta alla testa: **applicare bendaggio**

Ferita addominale aperta: **applicare bendaggio**

Ferita toracica aperta: **applicare bendaggio**

27

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

WARNING

NON RIMUOVERE I VESTITI in ambienti contaminati da aggressivi chimici.
Applicare il bendaggio delle ferite direttamente sopra gli indumenti protettivi

28

ARRESTO DEL SANGUINAMENTO E PROTEZIONE DELLA FERITA

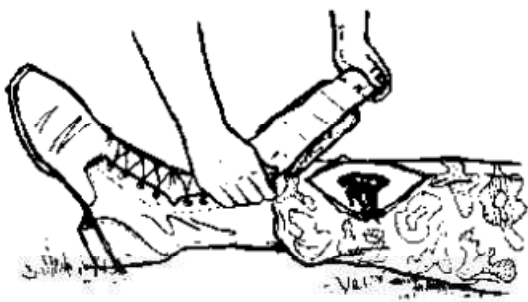


Figure 2-29. Pulling dressing open.

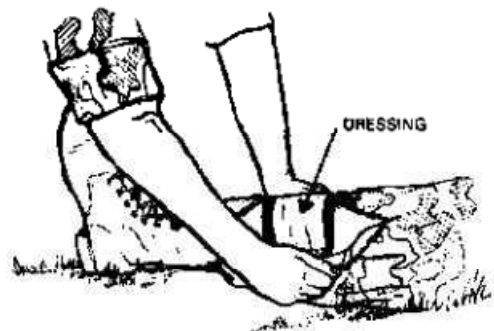


Figure 2-30. Placing dressing directly on wound.

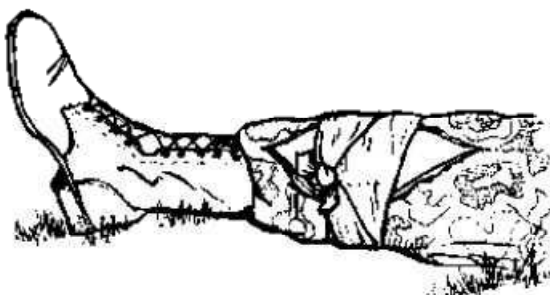


Figure 2-32. Tails tied into nonslip knot.

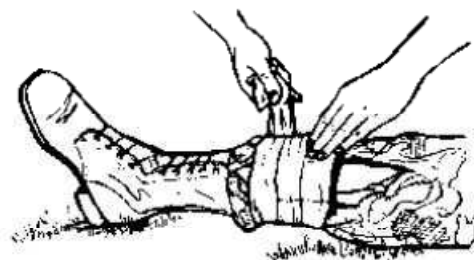


Figure 2-31. Wrapping tail of dressing around injured part.

29

Applicazione di bendaggio compressivo



Figure 2-33. Direct manual pressure applied.

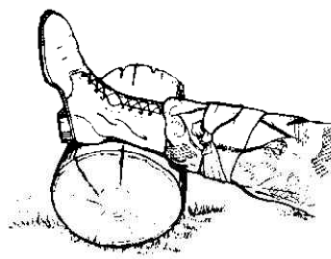


Figure 2-34. Injured limb elevated.

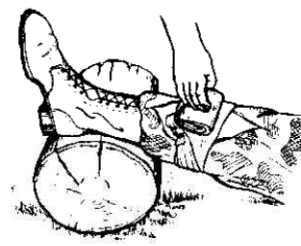


Figure 2-35. Wad of padding on top of field dressing.

Mantenere la pressione per 5-10"

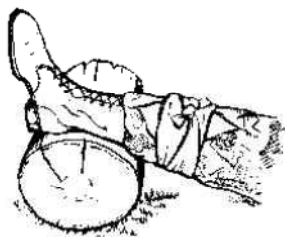


Figure 2-38. Ends of improvised dressing tied together in nonslip knot.

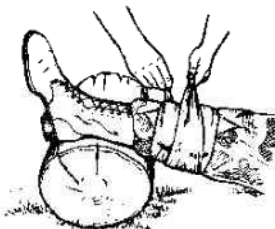


Figure 2-37. Ends of improvised dressing wrapped tightly around limb.

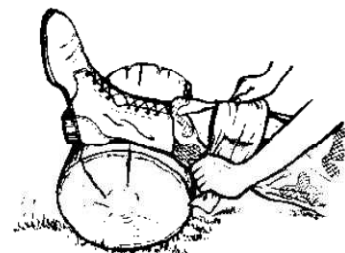
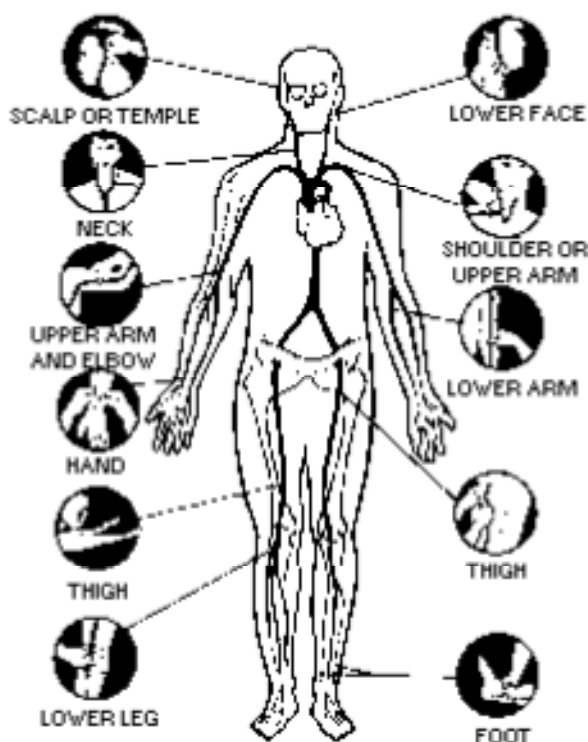


Figure 2-36. Improvised dressing over wad of padding.

30

Punti di compressione manuale



If blood is spurting from wound (artery), press at the point or site where main artery supplying the wounded area lies near skin surface or over bone as shown. This pressure shuts off or slows down the flow of blood from the heart to the wound until a pressure dressing can be unwrapped and applied. You will know you have located the artery when you feel a pulse.

Figure B-1. Digital pressure (pressure with fingers, thumbs or hands).

31

Laccio emostatico o tourniquet

Si usa solo quando:

1. 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
2. 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

WARNING

Non allentare o togliere il laccio emostatico dopo che è stata arrestata l'emorragia perché questo può aumentare le probabilità di shock 32

WARNING

Il laccio emostatico deve essere visibile facilmente identificato
NON USARE corde o lacci da scarpe.

- 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



Figure 2-39. Tourniquet 2 to 4 inches above wound.

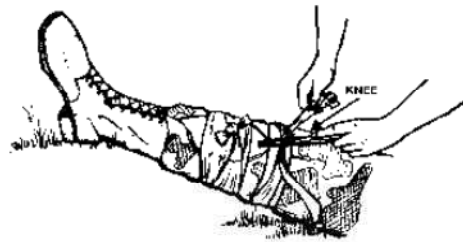


Figure 2-40. Rigid object on top of half-knot.

$\frac{1}{2}$ nodo e
poi
applicare un
bastoncino

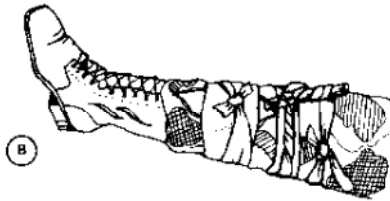


Figure 2-43. Continued.

Fare un
nodo
completo
sopra il
bastoncino

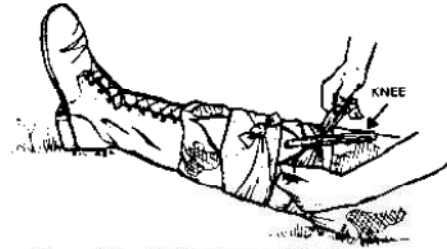


Figure 2-41. Full knot over rigid object.

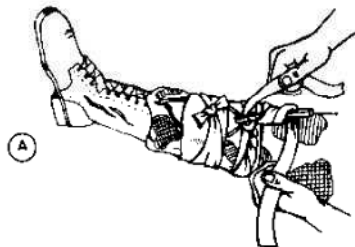


Figure 2-43. Free ends looped (illustrated A and B).



TWIST THE STICK
ALIGN THE STICK LENGTHWISE WITH THE LIMB
Figure 2-42. Stick twisted.

Girare il
bastoncino fino
all'arresto
dell'emorragia

n.4 Prevenzione dello stato di shock

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

Sul campo, le procedure per trattare lo shock sono identiche a quelle per prevenire lo shock.

Quando si è di fronte ad un ferito bisogna sempre agire come se lo shock sia presente o si verificherà entro breve tempo.

Aspettare che compaiano i sintomi significa perdere tempo prezioso.

Trattamento dello shock

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)

36

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.



Figure 2-44. Clothing loosened and feet elevated.



Figure 2-45. Body temperature maintained.

- 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.



Figure 2-46. Casualty's head turned to side.

37

n.5 Verificare presenza di fratture della schiena o del collo

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

WARNING

A meno che non vi sia un pericolo imminente di vita, **NON MUOVERE IL FERITO** che si sospetti abbia un lesione della colonna vertebrale. Movimenti impropri possono causare la morte o paralisi permanente.

38

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

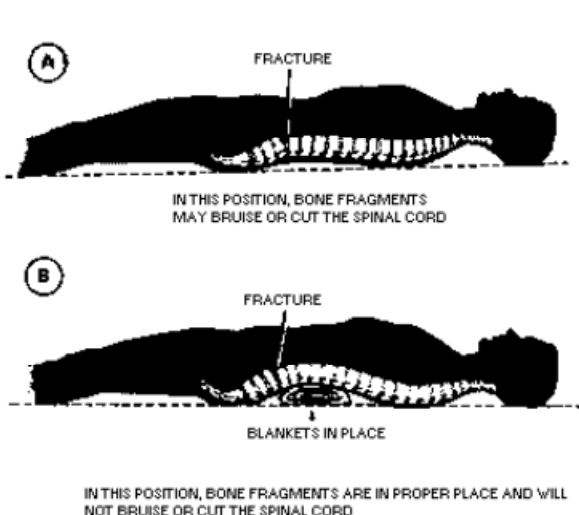


Figure 4-26. Spinal column must maintain a swayback position (Illustrated A and B).



Figure 4-27. Placing face-up casualty with fractured back onto litter.

39

Se si sospetta una frattura della colonna cervicale (collo):

infila un'imbottitura piccola sotto al collo e immobilizza le testa con due scarpe poste ai lati della testa.



Figure 4-28. Casualty with roll of cloth (bulk) under neck.

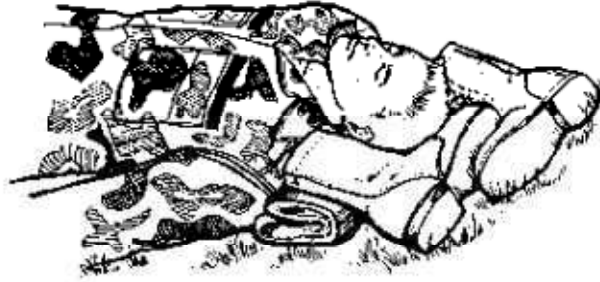


Figure 4-29. Immobilization of fractured neck.

40

n.6 Verifica presenza di fratture degli arti

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

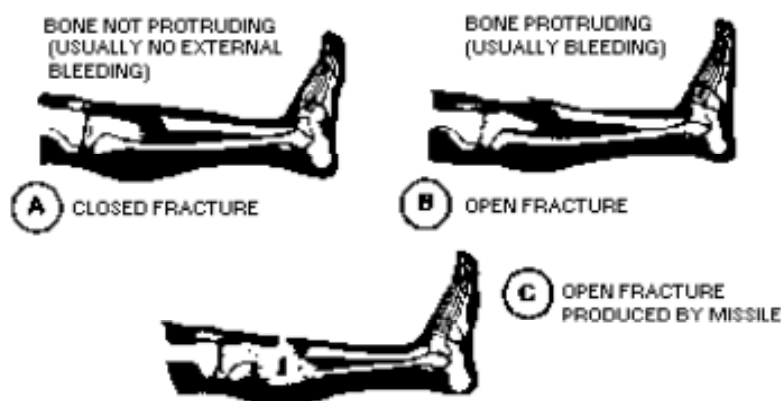


Figure 4-1. Kinds of fractures (Illustrated A thru C).

41

Trattamento delle fratture 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 di frattura.

Non cercare di raddrizzare l'arto

Non legare o appoggiare le stecche direttamente sulla frattura



Figure 4-2. Nonslip knots tied away from casualty.

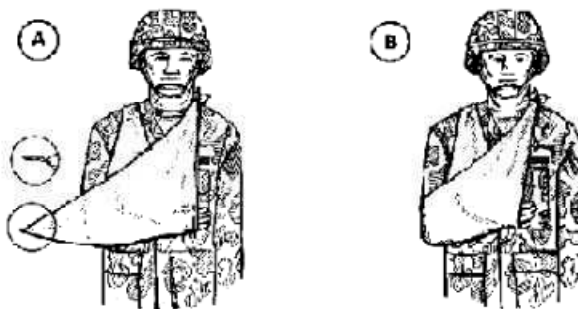


Figure 4-10. Completing sling sequence by twisting and tucking the corner of the sling at the elbow (illustrated A and B).

42

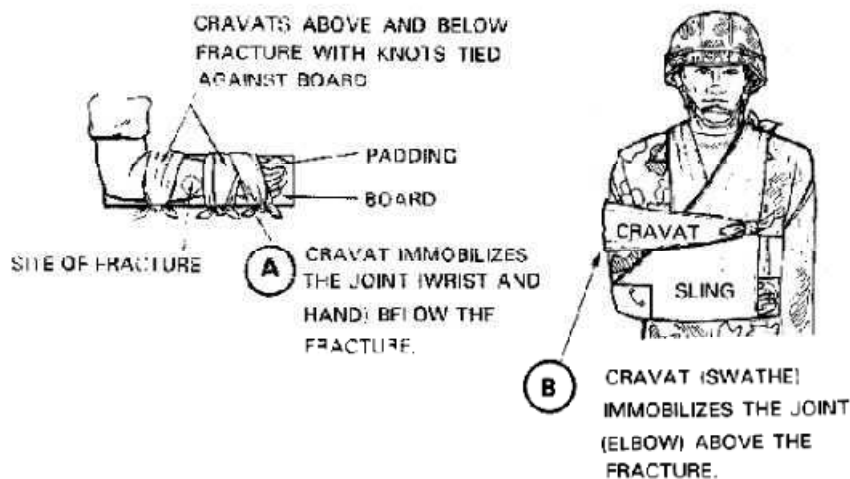


Figure 4-14. Board splint applied to fractured forearm (illustrated A and B).

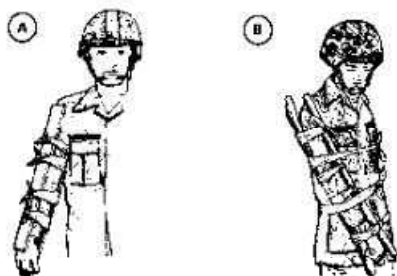


Figure 4-11. Board splints applied to fractured elbow when elbow is not bent (two methods) (081-831-1034) (illustrated A and B).

43

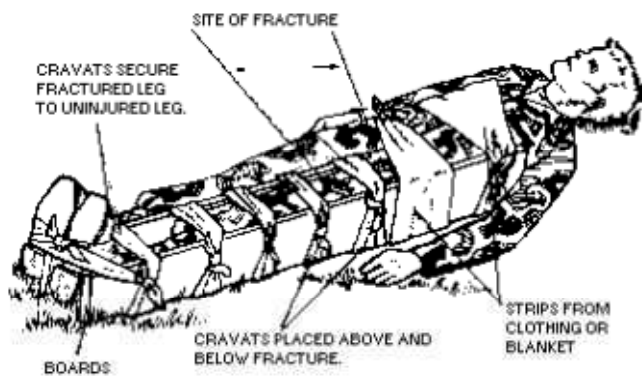


Figure 4-17. Board splint applied to fractured hip or thigh
(081-831-1034)

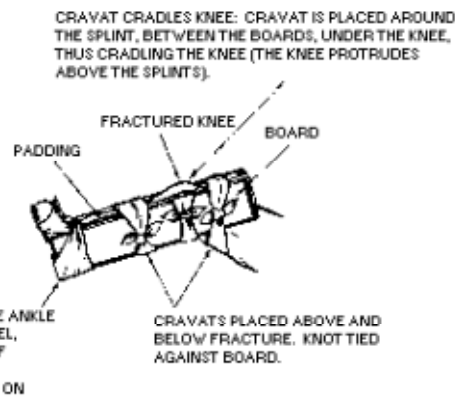


Figure 4-18. Board splint applied to fractured or dislocated knee
(081-831-1034)

44

n.7 Valutazione ustioni

4 tipi di ustioni:

1. Ustioni termiche (fuoco, vapore, oggetti incandescenti, liquidi caldi..)
2. Ustioni elettriche
3. Ustioni chimiche
4. Ustioni da laser

Verificare la presenza di ustioni:

- controllare se la pelle presenta arrossamenti, vesciche o è carbonizzata
- Controllare se i vestiti sono bruciacchiati

Trattamento delle ustioni

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)



Figure 3-33. Casualty covered and rolled on ground.

46

- 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

47

n.8 Valutazione lesioni o contusioni alla testa

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

48

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.

Trattamento ferite alla testa (continua)

- 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.
- Essere pronto in qualsiasi momento a praticare la CPR

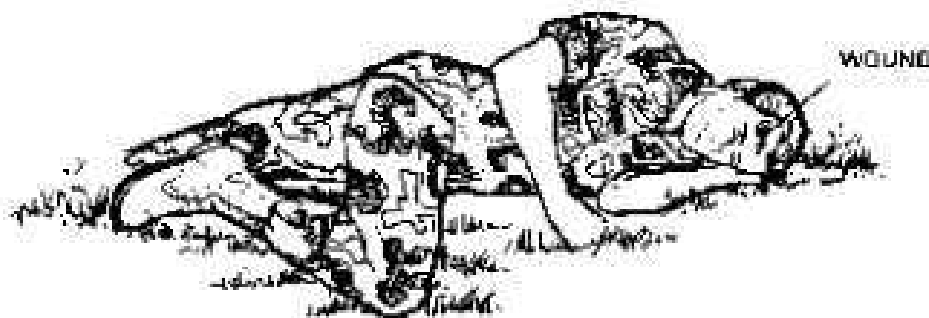


Figure 3-1. Casualty lying on side opposite injury

50



Figure 3-2. First tail of dressing wrapped horizontally around head.



Figure 3-4. Tails tied in nonslip knot at side of head.



Figure 3-3. Second tail wrapped in opposite direction.

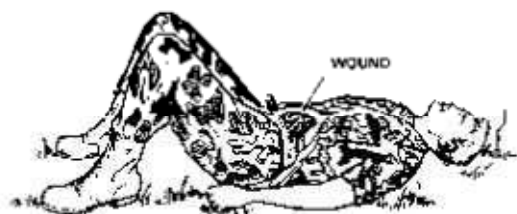
51

n.9 Valutazione ferite all'addome, al torace

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

52



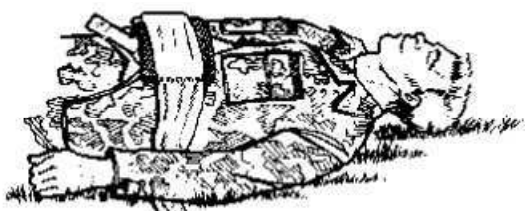
PLACE CASUALTY ON BACK TO PREVENT FURTHER EXPOSURE OF THE BOWEL UNLESS OTHER WOUNDS PREVENT SUCH ACTION. FLEX CASUALTY'S KNEES TO RELAX ABDOMINAL MUSCLES AND ANY INTERNAL PRESSURE.

Figure 3-28. Casualty positioned (lying) on back with knees flexed up.



BEFORE APPLYING DRESSINGS, CAREFULLY PLACE PROTRUDING ORGANS NEAR THE WOUND TO PROTECT THEM AND CONTROL CONTAMINATION.

Figure 3-29. Protruding organs placed near wound.



IF THE DRESSING WRAPPER IS LARGE ENOUGH TO EXTEND WELL BEYOND THE PROTRUDING BOWEL, THE STERILE SIDE OF THE DRESSING WRAPPER CAN BE PLACED DIRECTLY OVER THE WOUND, WITH THE FIELD DRESSING ON THE TOP.

Figure 3-30. Dressing placed directly over the wound.



Figure 3-31. Dressing applied and tails tied with a nonslip knot.



Figure 3-32. Field dressing covered with improvised material and loosely tied.

53

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'èspirazione
- Far sdraiare il ferito sul lato leso

54

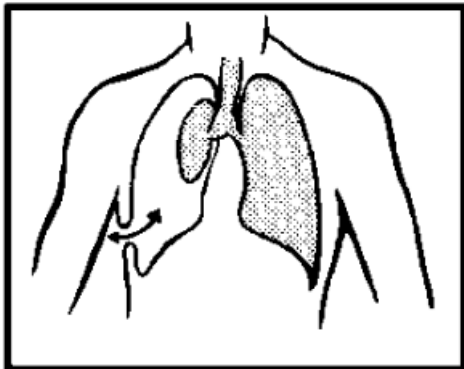


Figure 3-21. Collapsed lung.

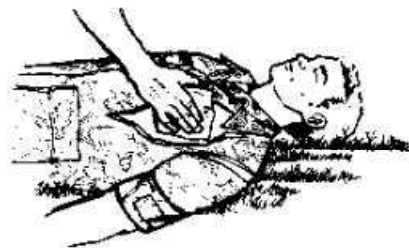


Figure 3-22. Open chest wound sealed with plastic wrapper.



Figure 3-23. Shaking open the field dressing.

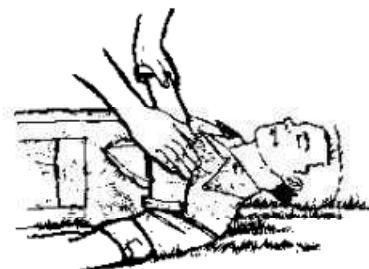


Figure 3-24. Field dressing placed on plastic wrapper.

55



Figure 3-25. Tails of field dressing wrapped around casualty in opposite direction.

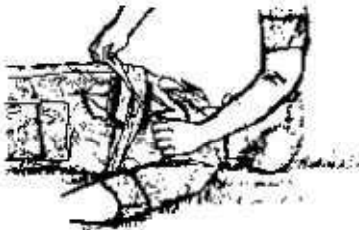


Figure 3-26. Tails of dressing tied into nonslip knot over center of dressing.



Figure 3-27. Casualty positioned (lying) on injured side.