

GENERALITA' DEL PRIMO SOCCORSO SUI CAMPI DI GARA

■ PRINCIPI DI ORGANIZZAZIONE SANITARIA DURANTE GLI EVENTI SPORTIVI

■ PRIMO SOCCORSO TRAUMATOLOGICO

- Lesioni apparato locomotore
- Lesioni addominali
- Lesioni toraciche
- Lesioni cranico- facciali
- Lesioni varie

■ LA RIANIMAZIONE CARDIO POLMONARE (RCP)

- Generalità
- Utilizzo del DAE

A) GENERALITA' DEL PRIMO SOCCORSO SUI CAMPI DI GARA

PRINCIPI GENERALI

IL SISTEMA DI ALLARME SANITARIO NAZIONALE E' OPERANTE SUL TERRITORIO TRAMITE IL NUMERO TELEFONICO 118 COLLEGATO AD UNA CENTRALE OPERATIVA SU BASE PROVINCIALE.

CAUSE CHE IMPONGONO LA SOSPENSIONE DELLA GARA (1)

CAUSE CHE IMPONGONO LA SOSPENSIONE DELLA GARA (2)

- **RIDUZIONE DELLA FORZA, MA CON ATTIVITA' MOTORIA CONSERVATA**
- **EMORRAGIE IMPORTANTI**
- **PERDITA DI UNA FUNZIONE**
- **DOLORE TORACICO PERSISTENTE, BRONCOSPASMO, DIFFICOLTA' RESPIRATORIA O ALTRO EVENTO PATOLOGICO, LA CUI CAUSA NON E' IDENTIFICABILE.**

B) PRINCIPI DI ORGANIZZAZIONE SANITARIA DURANTE GLI EVENTI SPORTIVI

- **Aspetti della programmazione e realizzazione di una adeguata assistenza sanitaria**

EMERGENZE/URGENZE - CAMPI SPORTIVI

INFORTUNATO PRIVO DI CONOSCENZA (1)

- **VALUTAZIONE DELLA DINAMICA DEL TRAUMA**
- **PRESENZA DI SEGNI VITALI**
- **VALUTAZIONE DEI PARAMETRI VITALI E DELLO STATO DI CONSCIENZA (ATTUALE E NEL TEMPO)**
- **ABC DEL PRONTO SOCCORSO**

INFORTUNATO PRIVO DI CONOSCENZA (2)

- **MASSAGGIO CARDIACO E/O RESPIRAZIONE BOCCA/ MASCHERA**
- **DEFIBRILLAZIONE**
- **POSIZIONE DI SICUREZZA**
- **CHIAMATA DI SOCCORSI, INFORMAZIONI, DIRETTIVE**

INFORTUNATO CHE COLLABORA (1)

- **RACCONTO DELL'ACCADUTO DA PARTE DELL'INFORTUNATO**
- **VALUTAZIONE GENERALE DELL'INFORTUNATO**
- **VALUTAZIONE SEGMENTARIA (FERITA, CONTUSIONE, LESIONE CAPSULO- LEGAMENTOSA, FRATTURA, EMORRAGIA, LESIONI COLONNA VERTEBRALE, TRAUMA CRANICO, TORACICO...)**

INFORTUNATO CHE COLLABORA (2)

- **IMMOBILIZZAZIONE**
- **POSIZIONE DI SICUREZZA**
- **CHIAMATA DEI SOCCORSI, INFORMAZIONE, DIRETTIVE**

C) PRIMO SOCCORSO TRAUMATOLOGICO

PRIMO SOCCORSO TRAUMATOLOGICO

- **LESIONI TRAUMATICHE DELL'APPARATO LOCOMOTORE**

LESIONI ARTI INFERIORI E SUPERIORI

**IL CORRETTO TRATTAMENTO INIZIALE DI FRATTURE, LUSSAZIONI E DISTORSIONI AUMENTA LE PROBABILITA' DI OTTENERE UNA GUARIGIONE RAPIDA E COMPLETA
RICERCA E VALUTAZIONE DELLA LOCALIZZAZIONE SPECIFICA DELLA LESIONE TRAUMATICA.**

NEL CASO DI UN ARTO,

PROCEDERE ALLA VALUTAZIONE NEURO-VASCOLARE DEL SEGMENTO DISTALE, AL FINE DI IDENTIFICARE ALTERAZIONI ISCHEMICHE. IN ASSENZA DI IMMEDIATO PERICOLO DI VITA, TUTTE LE LESIONI TRAUMATICHE DELL'APPARATO LOCOMOTORE VANNO IMMOBILIZZATE PRIMA DELLO SPOSTAMENTO DELL'INFORTUNATO. UN'ADEGUATA IMMOBILIZZAZIONE RIDUCE L'ENTITA' DELLA SINTOMATOLOGIA DOLOROSA E DEL SANGUINAMENTO. L'ARTO DEVE ESSERE IMMOBILIZZATO NELLA POSIZIONE IN CUI SI TROVA.

IL DISPOSITIVO DI IMMOBILIZZAZIONE DEVE INCLUDERE LE DUE ARTICOLAZIONI POSTE PROSSIMALMENTE E DISTALMENTE ALLA SEDE DI LESIONE.

DOPO L'IMMOBILIZZAZIONE, CONTROLLARE SEMPRE LE CONDIZIONI NEUROVASCOLARI DELL'ARTO (ESAME DEL POLSO ARTERIOSO, VALUTAZIONE DELLA SENSIBILITA' E DELLA FUNZIONE MOTORIA DELL'ARTO POSTO DISTALMENTE ALLA LESIONE).

PORRE IL PAZIENTE IN POSIZIONE DI DECUBITO E METTERE IL SEGMENTO OSTEO-ARTICOLARE COLPITO SOLLEVATO SU UN CUSCINO, AL FINE DI RIDURRE LA TUMEFAZIONE.

SU TUTTE LE EVENTUALI FERITE PRESENTI APPLICARE UNA MEDICAZIONE COMPRESSIVA STERILE E ASCIUTTA, UTILE A CONTROLLARE L'EMORRAGIA ED A METTERE A RIPARO I TESSUTI LESI DA ULTERIORI CONTAMINAZIONI.

NELLA MAGGIORANZA DEI CASI NON E' NECESSARIO IL TRASPORTO D'URGENZA.

SOLO NEL CASO DI OSTACOLO O ARRESTO DEL CIRCOLO SANGUIGNO, SI RENDE NECESSARIO IL TRASPORTO IN OSPEDALE.

I DISPOSITIVI DI IMMOBILIZZAZIONE:

**STECHE RIGIDE
STECHE MORBIDE
STECHE GONFIABILI**

LESIONI TRAUMATICHE DELLA COLONNA

LA COMPLETA IMMOBILIZZAZIONE DELLE LESIONI TRAUMATICHE DEL RACHIDE DURANTE LA PRIMA FASE DI SOCCORSO HA NOTEVOLMENTE RIDOTTO L'INCIDENZA DEL RISCHIO DI COMPRESIONI MIDOLLARI DA INSTABILITA' DEI SEGMENTI OSSEI.

L'IMMOBILIZZAZIONE E' OBBLIGATORIA IN TUTTI I PAZIENTI AFFETTI DA SOSPETTE LESIONI VERTEBRALI TRAUMATICHE. PRESTARE MOLTA ATTENZIONE A QUALSIASI TIPO DI MOVIMENTO INCONGRUO DELLA COLONNA.

SE NON ESPERTI, ATTENDERE SEMPRE L'ARRIVO DEL SOCCORSO SPECIALIZZATO, IN GRADO DI IMMOBILIZZARE IN MODO CORRETTO LA COLONNA, OVVERO DI RENDERE SOLIDALI IL CAPO E IL TRONCO.

LESIONI TRAUMATICHE TENDINEE

NEL CASO DI (SOSPETTA) ROTTURA PARZIALE O COMPLETA, IL TRATTAMENTO DI PRIMO SOCCORSO SUL CAMPO GARA E':

- IMMOBILIZZAZIONE IMMEDIATA**
- ELEVAZIONE DELL'ARTO IN SCARICO**
- CRIOTERAPIA LOCALE**

LESIONI TRAUMATICHE MUSCOLARI

QUALUNQUE SIA LA GRAVITA' DELLA LESIONE (CONTUSIONE, ELONGAZIONE O DISTRAZIONE DI 1°, 2° O 3°) IL TRATTAMENTO DI PRIMO SOCCORSO E':

- APPLICAZIONE IMMEDIATA DI BENDAGGIO COMPRESSIVO**
- CRIOTERAPIA LOCALE**
- NELLE DI LESIONI DI 2° E 3° IMMOBILIZZAZIONE DELL'ARTO ED ESONERO DEL CARICO.**

PRIMO SOCCORSO TRAUMATOLOGICO

LESIONI TRAUMATICHE DELL'ADDOME

NEL CASO DI TRAUMA ADDOMINALE, SI POSSONO AVERE LESIONI DRAMMATICAMENTE EVIDENTI, MA ANCHE LESIONI INTERNE, INIZIALMENTE INAPPARENTI. LA LESIONE DI ORGANI ADDOMINALI VA SEMPRE SOSPETTATA "FINO A PROVA CONTRARIA" RICERCARE SEMPRE QUEI SEGNI, A VOLTE SFUMATI, CHE POSSONO RICHIAMARE L'INTERESSAMENTO ADDOMINALE. QUANDO UNO O PIU' DI QUESTI SEGNI E' PRESENTE, E' SEMPRE NECESSARIO UN APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO E, QUINDI, UNA RAPIDA OSPEDALIZZAZIONE.

SEGNI CLINICI DI LESIONE ADDOMINALE

- **EMATOMA CUTANEO IN SEDE**
- **CONTRAZIONE ANTALGICA DELLA PARETE ADDOMINALE**
- **VOMITO EMATICO E NON**
- **INTENSO SENSO DI SETE DENUNCIATO DAL PAZIENTE**
- **COMPROMISSIONE DELLO STATO GENERALE**

PRIMO SOCCORSO

- **VALUTARE SENZA SOTTOVALUTARE MAI L'ENTITA' DELLE LESIONI**
- **TENERE SOTTO CONTROLLO LE FUNZIONI VITALI**
- **RICHIEDERE INTERVENTO PER TRASPORTO AL PRONTO SOCCORSO**
- **METTERE L'INFORTUNATO IN POSIZIONE SEMISEDUTA, CON GAMBE FLESSE SULLE COSCE**
- **NON SOMMINISTRARE ANALGESICI/ANTISPASTICI**
- **IN PRESENZA DI DIFFICOLTA' RESPIRATORIE, SOMMINISTRARE OSSIGENO.**

PRIMO SOCCORSO TRAUMATOLOGICO

LESIONI TRAUMATICHE DEL TORACE

LE DEFORMAZIONI O LESIONI EVIDENTI DELLA GABBIA TORACICA, LA PRESENZA DI DOLORE ACUTO ESACERBATO DAGLI ATTI RESPIRATORI, LA COMPARSA DI DISPNEA, SONO SEGNI CHE RICHIEDONO SEMPRE UN APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO E QUINDI LA RAPIDA OSPEDALIZZAZIONE

CONSEGUENZE TRAUMA TORACICO

LESIONI DELLA PARETE

- **FRATTURE COSTALI, VOLET COSTALE**
- **FRATTURE DELLO STERNO**
- **LACERAZIONI O DISINSERZIONI DEL DIAFRAMMA**

PRIMO SOCCORSO

- **VALUTARE. SENZA SOTTOVALUTARE MAI, L'ENTITA' DELLE LESIONI**
- **CONTROLLARE LE FUNZIONI VITALI**
- **RICHIEDERE INTERVENTO PER TRASPORTO AD UN PRONTO SOCCORSO**
- **METTERE L'INFORTUNATO IN POSIZIONE SEMISEDUTA CON GAMBE ESTESE**
- **NEL CASO DI VOLET COSTALE, APPLICARE IMBOTTITURA ANCORATA AL TORACE CON CEROTTI, PER RIDURRE LE ESCUSIONI TORACICHE**
- **IN PRESENZA DI DIFFICOLTA' RESPIRATORIE, SOMMINISTRARE OSSIGENO.**

PRIMO SOCCORSO TRAUMATOLOGICO

■ LESIONI TRAUMATICHE CRANIO FACCIALI

AL DI LA' DI EVIDENTI LESIONI DEI TEGUMENTI E/O DELL'OSSO, VANNO SEMPRE RICERCATI SEGNI E SINTOMI RELATIVI AD UNA EVENTUALE SOFFERENZA ENCEFALICA.

ENCEFALOPATIA POST-TRAUMATICA

QUADRI SINDROMICI:

- SINDROME PSICHICA (PERDITA DI COSCIENZA, AMNESIA, STATO CONFUSIONALE)
- SINDROME VEGETATIVA (IPOTENSIONE, BRADICARDIA, VOMITO)
- SINDROME NEUROLOGICA (EMIPRESI, MOVIMENTI OCULARI ALTERATI, RIFLESSI O.T ALTERATI, FEBBRE)

CAUSE DI ENCEFALOPATIA POST-TRAUMATICA

- COMMOZIONE CEREBRALE (STORDIMENTO, PERDITA TRANSITORIA DI COSCIENZA, AMNESIA PARZIALE)
- CONTUSIONE CEREBRALE (SCHIACCIAMENTO O STIRAMENTO VASCOLARE CON MODESTA SOFFERENZA LOCALE O FORMAZIONE DI EMATOMA SUBDURALE O EPIDURALE O INTRAPARENCHIMALE)
- LACERAZIONE CEREBRALE (SEGNO DA RICORDARE IN CASO DI LESIONE DELLA BASE CRANICA)

NEL CASO DI TRAUMA CRANICO IN CUI SI ASSOCIANO ALTERAZIONI DELLO STATO DI COSCIENZA, PER MONITORARE LE CONDIZIONI CLINICHE DEL PAZIENTE E' UTILE CONOSCERE LA: *GLASGOW COMA SCALE*

PRIMO SOCCORSO

- NEL CASO DI PERDITA DI COSCIENZA METTERE IN ATTO LE MANOVRE DI PERVIETA' DELLE VIE RESPIRATORIE
- NEL CASO DI PERDITA DI COSCIENZA ANCHE BREVE, PERDITA DELL'IDONEITA' MEDICO- SPORTIVA PER SETTIMANE
- NEL CASO DI TRAUMA MOLTO LIEVE, NON ASSOCIATO A PERDITA DELLA COSCIENZA, SI PUO' PERMETTERE LA CONTINUAZIONE DELLA GARA, IN ASSENZA DI: DISORIENTAMENTO, CEFALEA, OFFUSCAMENTO DEL VISUS O AMNESIA.

PRIMO SOCCORSO TRAUMATOLOGICO - TRAUMI VARI

IMPORTANTE SAPER INTERVENIRE ADEGUATAMENTE ANCHE NEI SEGUENTI TRAUMI

- TRAUMA SCROTALE
- TRAUMA OCULARE
- TRAUMA VASCOLARE (EMORRAGIE ESTERNE)
- TRAUMA MAXILLO FACCIALE
- TRAUMA CAVO ORALE E DENTI

D) LA RIANIMAZIONE CARDIO POLMONARE (RCP)

Generalità

- Utilizzo del defibrillatore

GENERALITA'

- Obiettivo principale (RCP): impedire o ridurre la mancanza di apporto di ossigeno alle cellule cerebrali
 - La RCP è l'insieme delle manovre atte a prevenire o ritardare complicanze (danni cerebrali irreversibili)
- (4-5 minuti la comparsa di anossia)

CATENA DELLA SOPRAVVIVENZA

- Valutazione della coscienza ed attivazione del sistema di emergenza
- Inizio precoce delle procedure di RCP
- Defibrillazione precoce
- Inizio precoce del trattamento intensivo avanzato.

SEQUENZA PROCEDURE RCP

- VALUTAZIONE SICUREZZA
(messa in sicurezza dello scenario)
- VALUTAZIONE DELLO STATO DI COSCIENZA
(apertura vie aeree e chiamata al 118)
- VALUTAZIONE ATTIVITA' RESPIRATORIA
(respirazione bocca - maschera)
- VALUTAZIONE ATTIVITA' CIRCOLATORIA (defibrillazione se disponibile o compressioni toraciche)

VALUTAZIONE SICUREZZA - ATTENZIONE, prima di intervenire, valutare:

- A) situazioni di rischio per chi presta il soccorso
- B) sicurezza delle condizioni del soccorso per l'infortunato

VALUTAZIONE STATO DI COSCIENZA

- Chiamarlo/a ad alta voce
- Scuoterlo delicatamente (in alcuni casi, "pizzicare" il trapezio)

Nel caso di persona non cosciente:

- Attivare 118
- Posizionare l'infortunato su un piano rigido, allineando capo e tronco (in caso di trauma, spostare solo se possibile mantenere in asse collo e tronco).

APERTURA VIE AEREE

- Apertura della bocca con due dita, con il capo in asse
- Esplorazione visiva del cavo orale (in presenza di corpi estranei, estrarli a capo normo esteso con l'indice della mano)
- Constatata la pervietà, iperestendere il capo
- Sollevare con due dita il mento
- Estendere il capo indietro, appoggiando sulla fronte dell'atleta l'altra mano

VALUTAZIONE ATTIVITA' RESPIRATORIA

- Avvicinare l'orecchio al naso e la guancia alla bocca
- Mantenere lo sguardo fisso al torace
- Mantenere il mento sollevato e il capo esteso
- Guardare se vi sono escursioni toraciche
- Ascoltare se vi sono rumori respiratori
- Sentire se vi è alito sulla guancia
- Eseguire il tutto per 10 secondi

VENTILAZIONE CON MASCHERINA (DA USARE SEMPRE)

- Posizionarsi dietro la testa dell'infortunato
- Appoggiare la mascherina sul viso dell'infortunato
- Sollevare la mandibola ed estendere il capo con le due mani
- Mantenere aderente la maschera con il pollice e l'indice delle stesse mani
- Insufflare aria nel boccaglio della maschera
- Controllare espansione e abbassamento del torace.

VALUTAZIONE ATTIVITA' CIRCOLATORIA

- Mantenere sempre l'estensione del capo
- Individuare il pomo d'Adamo con l'indice e il medio dell'altra mano
- Far scivolare le due dita dal pomo d'Adamo verso di sé, fino ad individuare un incavo nel collo
- Sentire per 10" e senza premere eccessivamente se c'è pulsazione (polso carotideo).

MASSAGGIO CARDIACO ESTERNO (1)

Se l'infortunato non ha polso carotideo:

- Individuare il punto d'incontro dell'ultima costola con lo sterno, facendo scorrere l'indice ed il medio lungo la cassa toracica
- Appoggiare le due dita sopra il punto individuato sulla parte rigida dello sterno

MASSAGGIO CARDIACO ESTERNO (2)

- Appoggiare il "palmo" dell'altra mano accanto e sopra le due dita. Questo è il punto dove effettuare le compressioni
- Appoggiare quindi il "palmo" della prima mano sopra l'altra intrecciando le dita
- Posizionarsi in modo che le braccia siano perpendicolari all'area di compressione.

MASSAGGIO CARDIACO ESTERNO (3)

- Comprimere ritmicamente il torace, abbassandolo di 4-5 cm, ad una frequenza di 100 compressioni al minuto (compressione e rilasciamento devono avere la stessa durata)
- Le braccia devono sempre rimanere tese
- Alternare 30 compressioni a 2 insufflazioni

MASSAGGIO CARDIACO ESTERNO (4)

- Ripetere per 5 cicli
- Rivalutare la vittima partendo da circolo, poi il respiro e la coscienza
- Se persiste l'assenza di circolo, continuare le manovre di RCP
- Se ricompare il circolo e il respiro è assente eseguire una insufflazione ogni 5 secondi
- Controllare il polso ogni 60 secondi

RIEPILOGO SEQUENZA RCP (1)

- Valutare sequenza scenario
- Valutare stato di coscienza
- Non risponde
- Chiamare 118
- Allineare capo, arti, tronco
- Aprire vie aeree
- Valutare pervietà vie aeree
- Controllare presenza del respiro

RIEPILOGO SEQUENZA RCP (2)

- Respiro assente
- Iniziare ventilazione assistita
- Valutare presenza polso carotideo
- Polso assente
- Iniziare compressioni toraciche

VALUTAZIONE EFFICACE RCP

- Ripresa del respiro

- Ricomparsa del polso carotideo
- Pressione arteriosa a livello adeguato
- Riduzione o scomparsa della cianosi
- Riduzione del diametro pupillare
- Ricomparsa dei riflessi
- Ripresa del tono muscolare

In molti casi, purtroppo, le sole manovre RCP non risolvono l'arresto

Le aritmie ipercinetiche, quali la fibrillazione ventricolare e le tachicardie ventricolari senza polso, causa frequente di arresto cardiocircolatorio, subiscono infatti un ottimo trattamento da una immediata RCP associata a defibrillazione elettrica

Per compiere questo atto terapeutico, ci si avvale di un defibrillatore semiautomatico (DAE), ideato per essere utilizzato anche da personale non sanitario.

Il defibrillatore semiautomatico, quando presente, deve essere utilizzato come primo presidio, dopo il riscontro dell'assenza del polso carotideo

Una volta applicate le placche al torace, esso analizzerà automaticamente il tracciato e disporrà indicazioni, se necessario, ad erogare uno shock elettrico transtoracico, che verrà dato solo dopo che l'operatore avrà premuto il tasto di defibrillazione.

Ciò rende possibile evitare l'erogazione di shock mentre un incauto operatore o qualsiasi astante tocca l'infortunato.

USO DEL DAE (due soccorritori)

Il primo soccorritore esegue le valutazioni dei parametri vitali. Alla conferma di ACC. dell'infortunato, il secondo soccorritore porrà le piastre sul torace (una in sottoclaveare destra e l'altra in apice sinistro) e lo metterà in funzione. Il primo soccorritore farà molta attenzione che nessuno sia in contatto con l'infortunato. I soccorritori possono trovarsi di fronte a 3 possibilità

SITUAZIONE A (1)

- Viene rilevata una fibrillazione ventricolare o una tachicardia ventricolare
- Il defibrillatore emette un segnale sonoro o visivo
- Il soccorritore deve pronunciare ad alta voce le parole che precedono sempre le manovre di defibrillazione: *"io sono lontano, voi siete lontani, tutti devono essere lontani"*, per garantire la sicurezza dei presenti
- Premere il pulsante di erogazione

SITUAZIONE A (2)

- Durante lo shock elettrico, spesso si verifica una contrazione muscolare generalizzata che scuote l'infortunato
- Terminata l'operazione di erogazione, si deve immediatamente premere il pulsante di analisi
- Nel caso di insuccesso, procedere con 2 min. di RCP, quindi ripetere l'analisi del ritmo e se occorre ripetere l'operazione di shock

SITUAZIONE A (3)

Qualora, dopo una terza scarica, non ricomparisse il polso carotideo, mantenere le piastre sul torace e continuare la rianimazione cardiopolmonare

SITUAZIONE B (1)

- Il DAE non dà indicazioni di "SHOCK INDICATO": procedere con le procedure RCP per 2 minuti
- Rivalutare il polso e procedere con la RCP per 2 minuti, richiedere un'ulteriore analisi. E' importante non toccare il paziente durante la fase di analisi
- Se indica ancora "shock non indicato" continuare RCP fino all'arrivo del soccorso avanzato

SITUAZIONE C

- Nel caso esposto nel punto A, può verificarsi che dopo la defibrillazione avvenuta con successo, si ripresenti a breve distanza una nuova fibrillazione.

- L'infortunato defibrillato potrebbe ancora avere bisogno di una nuova defibrillazione, da eseguire con le medesime procedure della precedente.

ATTENZIONE!

Se necessario dopo l'insuccesso di più scariche e dell'RCP somministrare 1 mg. di adrenalina e.v. una o due volte, la seconda dopo 3/5 min

PAZIENTE IN IPOTERMIA

- RCP per 2 min (5 cicli 30 : 2)
- Max uno shock, se indicato
- Seguire il protocollo

PAZIENTE BAGNATO

- Allontanare dall'acqua
- Asciugare il torace
- Procedere come da protocollo

PAZIENTE TRAUMATIZZATO

- Nessuna variazione al protocollo

SCHEMA RIASSUNTIVO DEFIBRILLAZIONE

1) Valutazione infortunato

2) Accertata la presenza di ACC:

A) attuare RCP per 2 min

B) posizionare immediatamente le placche sul

C) se vi è l'ok per la defibrillazione, eseguire

D) predisporre l'analisi per valutare efficacia della

E) in caso di insuccesso, si ripete la procedura dal

messaggio "Shock non indicato"

torace e accendere DAE

subito

procedura

punto A fino alla comparsa del

28