

## Criteri di comportamento nel primo soccorso al traumatizzato stradale

C. Angelini \*

### Introduzione

Nella vita comune capita molto spesso che l'organismo umano venga in contatto bruscamente contro qualcosa di potenzialmente lesivo.

Specialmente in periodo di guerra (oggi endemica in certi Paesi dell'Africa o epidemica in altre Regioni del mondo) si manifestano gli aspetti traumatici più cruenti ma anche in periodo di pace, quale quello in cui ci troviamo in Italia, si osservano saltuariamente eventi drammatici come in caso di cataclisma, terremoti, alluvioni ecc. e costantemente in caso di incidenti della strada e del lavoro.

Aspetti traumatici meno impressionanti ma dolorosi si vedono comunemente praticando attività sportiva o nella vita domestica.

Per schematizzare pertanto al massimo le conseguenze di un trauma sul corpo umano si suole parlare di:

**contusione:** quando la forza dell'agente traumatizzante è modesta e si esaurisce in genere sulle parti molli circostanti l'osso provocando tumefazione, ematoma, versamento in genere riassorbibile spontaneamente;

**distorsione:** quando l'elemento traumatizzato è un'articolazione che pertanto subisce un movimento anormale ma più contenuto della

**lussazione:** in cui vi è una perdita dei rapporti ossei articolari ed il ripristino può avvenire in modo spontaneo o più frequentemente con manovre riduttive fatte da personale sanitario;

**frattura:** allorché l'agente traumatizzante è di tale virulenza che produce un soluzione di continuo del tessuto osseo.

A onor del vero c'è da dire che se questa è una schematizzazione molto semplice la varietà dei traumi va oltre questi termini aggiungendo aggettivi per esempio esposta in caso di frattura quando vi è una contemporanea soluzione di continuità della cute. Importante inoltre è la localizzazione corporea perché un conto è per esempio una frattura di un dito altro quello di un femore o di una vertebra con tutte le conseguenze del caso. Se poi il traumatismo ha colpito molto violentemente l'encefalo come nel classico trauma cranico commotivo o l'addome tanto da produrre un'emorragia interna le conseguenze possono diventare incompatibili con la vita e risolvibili, non sempre purtroppo, anche con un adeguato trattamento chirurgico.

Aspetti del tutto particolari si osservano nel caso del politraumatizzato in cui vi è la presenza di lesioni che interessano più apparati, scheletrico, neurologico, respiratorio, intraddominali in varia associazione ed il paziente per questo motivo corre il pericolo di vita; è evidente che questo tipo di traumatizzato necessita delle cure più urgenti.

---

\* Divisione di Ortopedia e Traumatologia - Ospedale S. Andrea di Vercelli-ASL 11 Regione Piemonte.

Inoltre quando l'agente traumatizzante è debole ma le conseguenze sono le stesse come se fosse forte, per esempio la frattura del collo di femore in un paziente anziano, si suole pensare che la struttura ossea sia più fragile e per lo più dovuta ad osteoporosi.

### Primo soccorso al traumatizzato

In risposta alle definizioni sopraccitate qualsiasi persona o meglio volontaria nel nostro caso possa svolgere il compito, quello di soccorrere un traumatizzato, nel modo più corretto al fine di favorirgli il ripristino delle condizioni antecedenti al trauma.

Il primo soccorso può essere già definitivo e perciò ultimo per esempio portando del ghiaccio sulla zona contusa o sull'articolazione distorta; può essere però in genere provvisorio ma indispensabile per esempio immobilizzando un osso fratturato o un'articolazione lussata.

E' sempre difficile generalizzare perché nel caso di fratture ci sono molte varietà di tipi e di localizzazione ma quando si sospetta una frattura di una gamba che è molto dolorosa per il paziente si deve immobilizzarla usando ciò che si ha a disposizione. Vanno bene stecche rigide, contenitori pneumatici; si può utilizzare l'arto sano e legare a quest'ultimo la gamba fratturata, indi riporre il paziente su una barella e trasportandolo in ospedale senza più far leva sulla gamba interessata dal trauma. In caso di lussazione di una articolazione per esempio della spalla è utile fermare il braccio al collo con un foulard e trasportare il paziente seduto o disteso in ospedale per confermare radiologicamente il sospetto e provvedere alle cure del caso. Il tentativo in prima istanza di ridurre una lussazione va lasciato a personale sanitario più competente.

Ma aspetti del tutto particolari si hanno nel caso in cui si sia verificato un politraumatismo cercando di rispondere al quesito con il solito esempio, quello dell'incidente della strada.

In questo caso, molto frequente specie in città ma anche in autostrada o su strade interurbane, prima di fare qualsiasi cosa è utile memorizzare una sigla, il PAS (1), che riassume tre verbi francesi:

- **protéger** significa assicurare la protezione dei feriti e dei soccorritori con opportune manovre di controllo della circolazione;
- **alerter** vuol dire fare un appello a chi deve intervenire: ambulanza, elisoccorso, polizia, vigili del fuoco ecc.;
- **secourir** consiste nell'essere il meno nocivo possibile per l'ammalato e a praticare gesti d'urgenza quali: arrestare un'emorragia con la compressione piuttosto che con un laccio, prevenire il raffreddamento del corpo con coperta, facilitare la respirazione (posizionamento in posizione laterale di sicurezza per evitare l'inalazione del vomito in caso di disturbo della coscienza, ablazione di un corpo estraneo nella faringe ecc.). La regola è di mobilizzare il ferito il meno possibile salvo in caso di rischio d'incendio o di esplosione. E' imperativo rispettare l'asse testa-collo-tronco nel muovere il paziente dato il sospetto di frattura vertebrale nel politraumatizzato fino a prova contraria. Davanti allo stato di morte apparente clinica (midriasi bilaterale, abolizione dei polsi carotidei, perdita di coscienza) si pratica la respirazione bocca a bocca dopo disostruzione faringea e un massaggio cardiaco esterno.

-

Queste manovre verranno spiegate in opportuni momenti del presente corso con manichini e strumenti sanitari vari da parte dei colleghi di medicina, chirurgia e soprattutto dai rianimatori tenendo però presente che in caso di assenza del personale sanitario più qualificato il volontario deve essere in grado di agire egli stesso per salvare una vita umana in attesa dell'arrivo dei soccorritori più esperti.

Le manovre di rianimazione quali la respirazione bocca a bocca ed il massaggio cardiaco in genere dovrebbero durare non più di 30-45 minuti dopodiché non è pensabile di poter salvare un grave ferito se non ha ancora ripreso alcun segno di recupero.

Caso particolare è quello del motociclista traumatizzato a terra e privo di coscienza. Il problema è togliere o no il casco? Come consiglio si può rispondere che se ci sono 2 soccorritori uno tiene fermo il collo e l'altro leva il casco. Se c'è un solo soccorritore una mano viene tenuta dietro la nuca e l'altra, con un po' di difficoltà, sfilata il casco. In ogni caso è consigliabile rimuovere il casco tenendo ben rigido il rachide cervicale.

### **Conclusioni**

Alla luce di queste considerazioni circa il primo soccorso del traumatizzato mi sembra di poter dire che il volontario debba agire con buon senso.

Non c'è fretta o meglio è inutile precipitarsi quando c'è una contusione, distorsione o anche una frattura o lussazione isolata ad un arto.

Quando vi è emorragia proveniente da un vaso e non da una frattura esposta il discorso cambia. Bisogna fermare l'emorragia altrimenti il paziente va in shock ipovolemico.

Quando c'è un politraumatismo si deve accelerare il soccorso praticando gesti semplici ma indispensabili di sopravvivenza e trasportare il paziente il più presto possibile in ospedale.

Ciò evidentemente richiede esperienza che viene ottenuta con il tempo, lo studio, l'attenzione e inizialmente copiando il comportamento dei colleghi bravi più anziani e non aver paura di fare brutte figure facendosi aiutare da questi nell'interesse prioritario della salvaguardia della salute di colui che ha subito una disgrazia.

### **Bibliografia**

1) Delage B., Tulasne P.A. et Kempf I. - Politraumatisés.- Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Appareil locomoteur, 14033 A 10, 10-1988, 15 p.