

Valutazione dell'infortunato e manovre urgenti

In ogni caso in cui ci si trova di fronte a una situazione di emergenza con uno o più infortunati, la prima importante distinzione va operata tra l'urgenza e la gravità dei diversi casi:

1. alcuni infortunati possono presentare condizioni di **estrema gravità**, che tuttavia non sono destinate a sicuro aggravamento in tempi brevi;
2. altri, al contrario, possono presentare condizioni meno gravi, ma destinate a peggiorare in tempi brevissimi se la persona non viene prontamente soccorsa (**estrema urgenza**).

In entrambi i casi risulta quindi determinante che il soccorritore si comporti in modo adeguato alla situazione: con estrema cautela nel primo caso, con tempestività nel secondo.

Per chiarire meglio questo concetto fondamentale, facciamo l'esempio di un incidente stradale nel quale sono rimaste coinvolte due persone: la prima lamenta formicolio agli arti, impossibilità di movimento delle gambe, insensibilità (sintomi che possono far pensare facilmente a una lesione della colonna vertebrale); la seconda, pur non presentando evidenti lesioni in nessuna parte del corpo, ha perso i sensi e si trova sdraiata sulla schiena (supina) in una situazione di incoscienza.

Se il primo soggetto non è soccorso con la dovuta competenza (e con gli ausili disponibili su una autoambulanza) la sua situazione potrebbe degenerare in un'invalidità permanente irreversibile o addirittura arrivare alla morte. Tuttavia, se lasciato immobile nella posizione in cui si trova, non corre un rischio elevato di peggioramento. La sua situazione è quindi gravissima, ma non presenta un carattere di estrema urgenza.

Al contrario, il secondo soggetto, proprio a causa dell'incoscienza, se fosse lasciato supino potrebbe soffocare: infatti la lingua, in assenza del

riflesso della deglutizione (caratteristica dello stato di incoscienza), potrebbe ribaltarsi all'indietro e occludere le vie respiratorie, mandando in asfissia la persona e portandola alla morte. In questo caso sarà sufficiente mettere l'infortunato in **posizione laterale di sicurezza** per scongiurare questo pericolo.



È molto importante che ognuno sia in grado di mettere un infortunato in posizione laterale di sicurezza.

La situazione del secondo soggetto, quindi, pur non essendo di per sé eccessivamente grave, riveste un carattere di estrema urgenza e se non tempestivamente soccorsa può degenerare irreversibilmente.

Risulta quindi evidente che l'importanza del primo soccorritore si esplica soprattutto nelle situazioni urgenti. È di conseguenza fondamentale conoscere il grado di urgenza dei vari infortuni, che generalmente vengono distinti in quattro categorie:

Estrema urgenza

- Tutte le lesioni che possono compromettere la respirazione o la circolazione del sangue.

Urgenza primaria

- Emorragie imponenti
- Fratture esposte
- Incoscienza.

Urgenza secondaria

- Shock
- Emorragie contenibili

- Gravi traumi toracici e addominali
- Ustioni

Senza urgenza

- Ustioni di modesta entità
- Ferite lievi
- Fratture chiuse

Da quanto detto si comprende come spesso risulti determinante la corretta valutazione di un infortunato. Quindi, come comportarsi?

Innanzitutto va valutato se l'infortunato è cosciente o incosciente.

Per farlo gli si possono porre semplici domande, del tipo "Come ti chiami?" "Dove abiti?" ecc.

In caso di risposta, è sicuramente cosciente, anche se le risposte possono risultare anomale e indicare uno stato confusionale.

In assenza di risposta si può provare a stringergli la mano o pizzicarlo e verificare se l'infortunato, magari cosciente ma impossibilitato a rispondere, restituisce la stretta.

Se risponde agli stimoli è cosciente, in caso contrario è incosciente.

Nei soggetti coscienti si dovrà a questo punto prestare il soccorso necessario a seconda del caso.

Con gli incoscienti è necessario procedere a un'ulteriore valutazione, individuando se l'infortunato (incosciente) **respira o non respira**.

Questo è facilmente verificabile avvicinando la propria guancia al naso dell'infortunato e appoggiandogli delicatamente la mano sul torace, 10 cm. circa sopra all'ombelico. Se il torace si alza o si abbassa, o se si percepisce con la guancia il respiro dell'infortunato, si può affermare che respira e quindi porlo in posizione laterale di sicurezza. In caso contrario va valutato se il polso è presente o non presente:

- Se è presente, e l'infortunato non respira, si procede alla **respirazione artificiale (RA)**.

Valutazione dell'infortunato e manovre urgenti

● Se invece il polso carotideo è assente, la persona è destinata a morte certa, se non viene prontamente rianimata attraverso respirazione artificiale e **massaggio cardiaco esterno** (BLS – Basic Life Support).

Prendere il polso

Prendere il polso significa rilevare le pulsazioni del cuore, cioè controllare che sia presente il battito cardiaco. Si possono individuare diverse sedi di polso, delle quali le principali sono il **polso radiale** e quello **carotideo**. Per verificare la presenza o meno del battito cardiaco **il polso da rilevare è esclusivamente quello carotideo**, che si controlla ponendo le dita lunghe sul collo dell'infortunato sotto all'angolo della mandibola, nella zona in cui passa l'arteria carotidea. In questa zona la presenza delle pulsazioni, oltre ad essere più attendibile, garantisce anche che il sangue riesca a raggiungere il cervello.



Il punto del collo in cui si rileva il polso carotideo (l'incavo posto sotto all'angolo della mandibola).



Il polso radiale si rileva sulla parte interna/superiore del polso.

Respirazione Artificiale e Massaggio Cardiaco Esterno sono di difficile realizzazione e, se eseguiti su un soggetto che non ne ha bisogno, possono causarne la morte.

Per questo motivo si invitano tutti ad impararle frequentando un corso del 118, durante il quale si possono provare ripetutamente le manovre su un apposito manichino.

Le immagini e le indicazioni di massima seguenti andranno quindi assolutamente integrate con la frequenza di un corso teorico-pratico eseguito sotto il controllo di personale qualificato.



È importante imparare le tecniche di rianimazione attraverso un corso apposito.

Respirazione artificiale (RA)

Dopo aver slacciato eventuali indumenti costrittivi (cinture, cravatte, camicie, scarpe, reggiseni ecc.) si controlla che nella bocca dell'infortunato non siano presenti corpi estranei (terra, protesi dentarie ecc.), quindi si iperestende il capo dell'infortunato all'indietro, appoggiando una mano sulla fronte e una sotto al mento, in modo che la lingua non ostruisca le vie aeree superiori.

Con la stessa mano che appoggia sulla fronte si tappa il naso dell'infortunato e si inspira profondamente, quindi si appoggia la propria bocca a quella dell'infortunato e si insuffla con la forza sufficiente a far sollevare il torace dell'infortunato.

Quindi si stacca la bocca e si lascia fuoriuscire l'aria, controllando che il torace

si abbassi: si ripete quindi l'operazione. Nel caso dei bambini molto piccoli, la Respirazione Artificiale non viene eseguita "bocca a bocca" ma "bocca a bocca-naso", cioè la bocca del soccorritore viene appoggiata contemporaneamente su bocca e naso del piccolo. Il resto della manovra è sostanzialmente simile a quella prevista per l'adulto.



Si liberano le prime vie aeree.



Iperestensione del capo.



Insufflazione bocca a bocca-naso: il torace si alza.



Si stacca la bocca: il torace si abbassa.

Valutazione dell'infortunato e manovre urgenti

Massaggio cardiaco esterno (MCE)

È molto importante che il massaggio cardiaco venga praticato solo in caso di reale necessità e che sia eseguito correttamente, poiché in caso contrario potrebbe causare la morte dell'in-

fortunato, anziché salvargli la vita.

Innanzitutto si deve porre l'infortunato su un piano rigido e stabilire il punto in cui eseguire il massaggio cardiaco, che va individuato nel terzo inferiore dello sterno.



Dopo aver slacciato tutti gli indumenti costrittivi, si scopre il torace e si individua la lunghezza dello sterno.



Nel punto individuato si esegue la compressione toracica (**simulazione**).



Si trova il terzo inferiore, circa due dita sopra alla punta inferiore dell'osso.



Posizione del soccorritore per la compressione (**simulazione**).

Nel punto individuato si appoggia il palmo di una mano, quindi sia appoggia la seconda mano sulla prima, entrambe con le dita ben tese e sollevate.

Quindi, con le braccia ben tese, si esercitano compressioni in sequenza sullo sterno con le spalle perpendicolari al punto di appoggio, in modo che lo sterno si abbassi di 3-5 cm.

Cicli di rianimazione (BLS)

Secondo gli ultimi protocolli disponibili al momento in cui si scrive, i cicli di compressione del MCE dovrebbero essere di circa 100 al minuto.

Se i soccorritori sono disposti ad eseguire la respirazione artificiale, e in presenza di due soccorritori, si praticano 30 compressioni (MCE) alternate a 2 insufflazioni (RA), seguite da un nuovo ciclo di 30+2 ecc.

La rianimazione va interrotta temporaneamente ogni 2 minuti per valutare se è ritornato il polso e per permettere ai soccorritori di scambiarsi i ruoli (il MCE è molto faticoso).

Una volta iniziato, il ciclo si interrompe solo se ricompare il polso o se arrivano soccorsi qualificati (medico/ambulanza).