

## Il Primo Soccorso

- Caso 1 - Un giorno di alcuni anni fa, mentre stavo andando in Ospedale, un assembramento di persone e una moto abbattuta mi costrinsero a rallentare la marcia fino a dovermi fermare. In mezzo alla gente, seduto sul bordo del marciapiede, un uomo sanguinava abbondantemente da una gamba e intorno le persone osservavano, commentavano e discutevano. Il sangue era molto e un rivolo rosso scorreva lungo la strada. Era sangue vivo, rosso rutilante, arterioso e usciva a getto. Era un'arteria aperta che sanguinava. Mi feci largo, con un fazzoletto formai un laccio emostatico che insieme alla compressione determinò l'arresto dell'emorragia. Caricai l'infortunato in macchina e lo portai al pronto soccorso, dove la prima domanda che mi fu rivolta fu: « E' stato lei ad investirlo? »
- Caso 2 - Poco tempo fa i mezzi d'informazione raccontarono la storia di un giovane uomo deceduto in seguito ad emorragia arteriosa per una ferita provocata da una scheggia di vetro ad un arto: mi sono sempre chiesto perché nessuno avesse mai insegnato a quell'uomo o a chi lo ha soccorso che un tale evento è relativamente facile da dominare e bastano poche nozioni elementari, addirittura intuitive, per arrestare un processo che può risultare fatale, come in questo caso (Fig. 5).
- Caso 3 - Uno dei miei bravi collaboratori chirurghi era un giorno in un piccolo ospedale della periferia genovese per una consulenza, quando fu pregato di recarsi al locale pronto soccorso. Qui fu accolto da un giovane dottore, specialista oculista, medico di guardia, responsabile del pronto soccorso: egli era molto turbato, perché non era in grado né di capire né tanto meno di curare il paziente che aveva davanti. Questi era un uomo, disteso supino su una barella, cianotico e polipnoico, per grave insufficienza respiratoria, ed in evidente stato di shock.  
Il medico di guardia capiva che il paziente era in pericolo di vita, ma, in preda a panico, non sapeva cosa fare, soprattutto per non riuscire a comprendere perché esso fosse in quelle condizioni. Di qui la sua disperata richiesta d'aiuto. Il consulente allora provvede a quelle misure che in tali occasioni sono tassative e semplicemente consistono nello svestire il paziente ed esaminarlo completamente. Così facendo egli trova uno squarcio nella parete posteriore del torace (sembra che il paziente fosse stato colpito con una piccozza), che non si poteva vedere in posizione supina, con pneumotorace aperto e lacerazione polmonare. Egli allora trasforma lo pneumotorace da aperto in chiuso mediante tamponamento con teli inumiditi e cerca di drenare la cavità toracica. Egli esegue tutto questo con mezzi di fortuna per l'assoluta inadeguatezza del cosiddetto pronto soccorso di quel piccolo presidio ospedaliero. Così ottiene un miglioramento delle condizioni del paziente che a questo punto si riesce a trasferire in ambiente idoneo, dove subisce trattamento corretto con guarigione addirittura senza reliquati. Per un oculista alle prime armi dev'essere stata davvero una notevole esperienza.
- Caso 4 - I mezzi di informazione qualche tempo fa diedero risalto ad un avvenimento che ebbe come protagonisti due bambini. Sul pulmino della scuola un bambino aveva una caramella in bocca e improvvisamente iniziò a manifestare sintomi di soffocamento. Con grande presenza di spirito un compagno applicò esattamente la manovra che è prescritta in tali casi (Fig. 6): da dietro abbracciò la base del torace dell'altro e esercitò una violenta compressione, che permise l'espulsione del corpo estraneo dalla via aerea e il bambino fu salvo. Questa azione salvavita fu resa possibile dal fatto che la televisione aveva fatto recentemente una serie di presentazioni su queste tecniche di pronto soccorso e il bambino, avendole imparate, riuscì ad applicarle con successo. Grande valore della televisione se usata correttamente! e grande intelligenza e prontezza del piccolo salvatore!

+++++

Ho citato questi casi per dimostrare come con pochi presidi si possa nei primi momenti dopo l'evento patologico improvviso, vuoi che si tratti di trauma o di altro accidente, mettere in atto manovre con valore di salvavita. Per ottenere ciò sono necessari due fattori: la presenza di spirito e un minimo di conoscenze che però qualcuno deve insegnare. E credo di aver dimostrato ancora con questi esempi che queste azioni sono a portata di tutti e che tutti pertanto devono essere istruiti su come fare. D'altronde il primo testimone dell' accidente è "l'uomo della strada", non medici o infermieri o altro personale informato. E spesso sono proprio i primi momenti dopo l'evento quelli utili per salvare l'infortunato.

Infatti se prendiamo in considerazione il trauma, nella più ampia accezione del termine, che del resto è la causa principale di morte nei primi 40 anni di vita in molti paesi occidentali, compreso il nostro, sappiamo che la cosiddetta "curva di morte" ha un andamento trimodale:

- **primo picco** - *minuti o secondi dopo il trauma*  
In genere l'exitus avviene per gravi lesioni del tronco encefalico, del cuore o dell'aorta. Le probabilità di salvare l'infortunato sono praticamente nulle, anche disponendo di ospedale attrezzato.
- **secondo picco** - *minuti-ore*  
E' qui che "l'astante", il primo che si trova a passare, può fare qualcosa di utile per l'infortunato.
- **terzo picco** - *giorni-settimane*

Nei casi contemplati nel secondo gruppo l'intervallo tra evento lesivo ed exitus, anche se breve, è ancora utilizzabile per salvare la vita dell'infortunato: è appunto "il primo soccorso" o "l'emergenza della prima ora".

Il tempo a disposizione, che più sopra è detto di *minuti-ore*, nella realtà è più di minuti che di ore e allora non c'è tempo da perdere. Sono necessarie alcune doti per essere in grado di invertire il polo di negatività dell'evento: innanzitutto la generosità e lo spirito di iniziativa, poi il buon senso e non ultimi la preparazione, l'abilità e un po' di preghiere. Nei casi che ho prima descritto, nel primo mancavano il buon senso e lo spirito di iniziativa, nel secondo e nel terzo mancavano, oltre al buon senso, la preparazione e l'abilità e anche la capacità di mantenere la calma e non lasciarsi prendere dal panico: spesso infatti la drammaticità della situazione è tale da paralizzare le capacità di intervento degli astanti. Soltanto nel caso del bambino erano presenti tutti i requisiti per il successo: soprattutto lo spirito di iniziativa e la preparazione.

Da quanto finora detto e dagli esempi che ho portato possono essere tratti alcuni insegnamenti, utili a tutti, non soltanto a medici e infermieri:

- Non lasciarsi prendere dal panico, mantenere la calma, ricordandosi tuttavia che i minuti sono preziosi;
- stabilire rapidamente e accuratamente le condizioni del paziente:
- rianimare e stabilizzare il paziente su una base di priorità:
- stabilire se i bisogni del paziente eccedono le possibilità a disposizione;
- stabilire come trasferire il paziente.

Anche se non abbiamo né tempo né modo, in linea di massima, di raccogliere un'anamnesi e di eseguire un esame obiettivo, così come si è abituati a fare in situazione di non emergenza, tuttavia è necessario cercare di riconoscere la o le *noxae*, che determinano il rischio, affinché si

possa intervenire in modo causale e soprattutto identificare le condizioni pericolose per la vita del paziente, che ovviamente devono essere affrontate per prime: di qui il concetto di intervento su una base di priorità.

Per ottenere ciò è necessario conoscere i tempi che la lesione impiega per determinare la morte dell'infortunato:

- se la via aerea è ostruita, come a livello laringeo o tracheale (il caso n. 4 del bambino con la caramella in gola), l'exitus avviene in circa **2-3 minuti primi**.
- se i polmoni non esercitano la loro funzione di scambio, sangue/O<sub>2</sub>, l'exitus avviene in circa **10-15 m'** (il caso dell'esempio n. 3)
- se il circolo non è valido, come avviene in seguito ad emorragia (casi n. 2 e 3) il tempo di solito non supera i **15 m'** Questo lasso di tempo può variare in più o in meno in rapporto all'intensità e rapidità dell'evento emorragico.
- traumi neurologici gravi, ad es. cranio, prime vertebre cervicali, ecc., possono determinare l'exitus in **pochi minuti**

E' sulla base di questa sequenza che ci si basa per riconoscere le varie priorità nella gestione del paziente traumatizzato, senza dimenticare che si ha spesso a che fare con un politraumatismo e pertanto con la combinazione di più eventi lesivi. Ecco pertanto l'importanza della definizione delle **priorità**, che per semplificazione mnemonica sono state contraddistinte con le prime cinque lettere dell'alfabeto in base a nomenclatura anglosassone:

- A – airway
- B – breathing
- C – circulation
- D – disability (stato neurologico)
- E – exposure (svestizione)

Sembra importante anche segnalare alcuni dei più pericolosi gesti che pertanto debbono essere evitati:

1. trasportare l' infortunato in un locale pubblico, ad es. un bar;
2. trasportarlo senza avere prima capito cosa è avvenuto e quali lesioni possa avere;
3. somministrargli alcoolici;
4. dargli da bere senza riflettere
5. trasportarlo in ospedale minore poco attrezzato (vedi caso n. 3).

Bisogna avere bene in mente questi concetti, quando si intende assistere un infortunato, perché manovre, eseguite peraltro col lodevole intento di aiutare il paziente, sono in grado di provocare conseguenze addirittura più gravi di quelle dovute all'infortunio. L'esempio più dimostrativo è quello di trasportare a braccia il paziente, determinando un grave trauma midollare per la scomposizione di monconi di frattura vertebrale (vedi fig. n 1 ).

Molti altri esempi potrebbero essere portati: basta tuttavia avere in mente i punti sopra elencati per essere in grado di evitare errori, che, come s'è detto, possono essere fatali.

Qualche illustrazione potrà dimostrare meglio quanto detto.

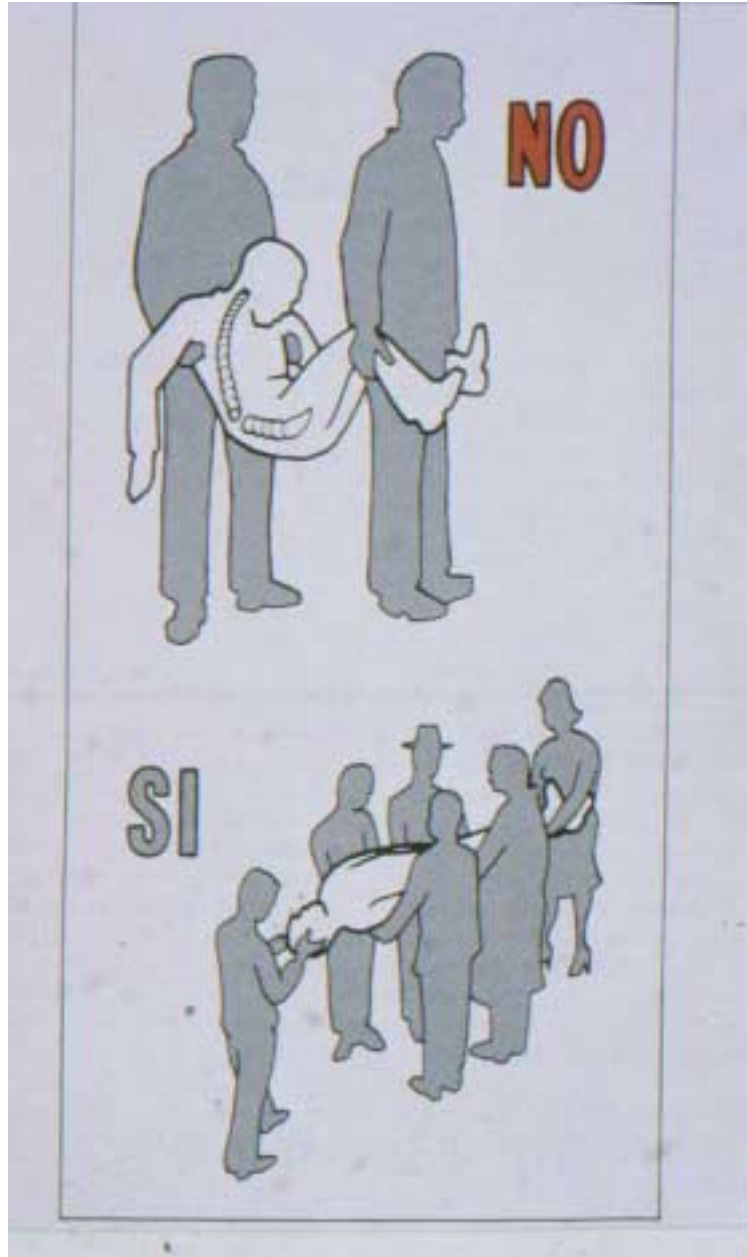


fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

La rimozione del casco deve essere effettuata assicurando l'immobilità cranio - vertebrale (pericolo di lesione bulbare).



Fig. 4

Immobilizzazione del complesso cranio-vertebrale con mezzi di fortuna.

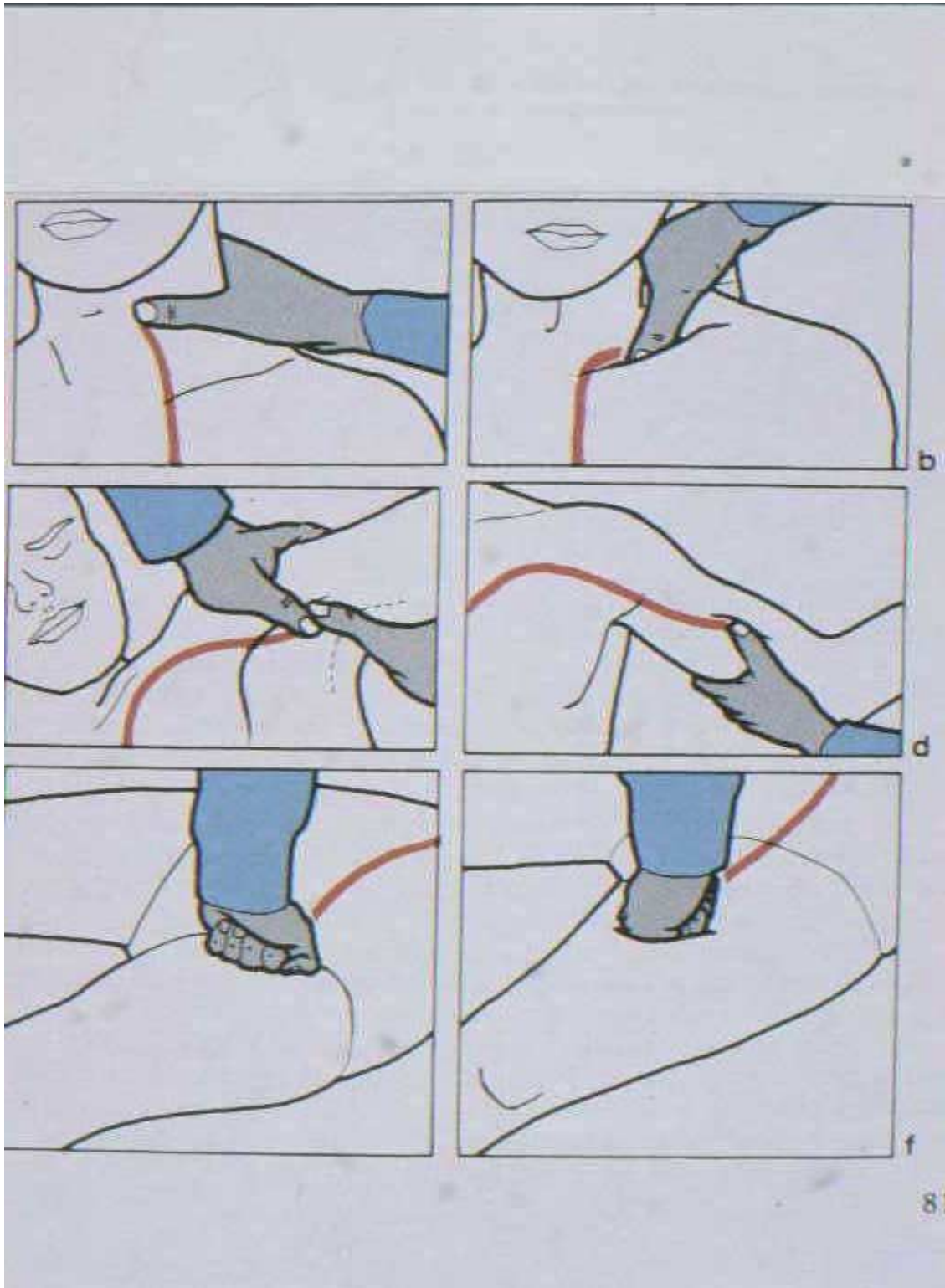


Fig. 5

Arresto temporaneo di fonte emorragica per compressione manuale su punti di repere arterioso





Fig. 6  
Manovra di Heimlich

++++++

Questa lezione può essere conclusa, ricordando che mai come in quei pochi minuti che scorrono dopo un infortunio, soprattutto se di natura traumatica, si dimostra quanto il tempo sia un valore relativo. Tutta una vita può essere racchiusa in quel breve lasso di tempo ed essere mantenuta, purchè un Samaritano, non soltanto buono ma anche esperto, sia presente al momento giusto.

+++++