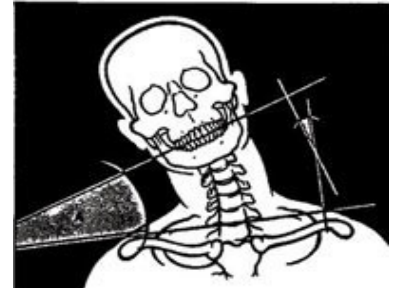
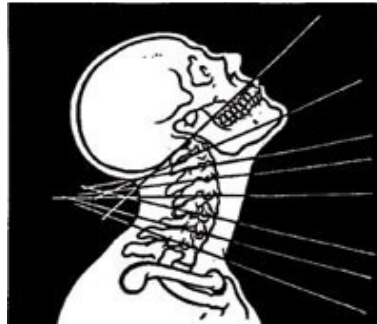


	<b>PUBBLICA ASSISTENZA</b> <b>FRATELLANZA POPOLARE "VALLE DEL MUGNONE" CALDINE</b> Piazza dei Mezzadri 7, 50010 Caldine – Fiesole (FI)	<b>Data emissione</b>  05/01/2013 #6
	<h1>Formazione Informa</h1>	
	Foglio informativo della AVS Fratellanza Popolare Valle del Mugnone Associazione di Volontariato ONLUS Tel. 055-549166 Periodico Aut. Tribunale di Firenze n° 4624 del 25.09.96 Dist. Gratuita 1/08	

## La posizione neutra della testa

Iniziamo il nuovo anno con un rimando diretto al precedente numero di Formazione Informa, dove abbiamo visto come trovare la misura del collare idonea al paziente, e come posizionare questo importantissimo presidio in modo corretto per garantire la migliore immobilizzazione del rachide cervicale del paziente stesso.



*I tre movimenti che vengono minimizzati dal posizionamento del collare cervicale: flessione in avanti sul torace, indietro verso la schiena e lateralmente verso le spalle.*

Non sempre troviamo il paziente con la testa già in asse, quindi dobbiamo portarla noi in quella posizione. Portare la testa in una posizione neutrale, in asse, rappresenta un rischio minore rispetto a caricare e trasportare il paziente con la testa in posizione angolata. In alcuni rari casi portare la testa del paziente in posizione neutra può essere controindicato. Il soccorritore deve interrompere la manovra se un attento movimento della testa e del collo in posizione neutrale determina una delle seguenti condizioni:

- ◆ spasmo dei muscoli del collo;
- ◆ aumento del dolore;
- ◆ comparsa o aggravamento di torpore, parestesia o perdita di capacità motoria;
- ◆ compromissione delle vie aeree e della ventilazione.

Il riallineamento in asse non deve essere effettuato anche quando le lesioni del paziente risultano così gravi che la testa si presenta con un notevole disallineamento, tale da non rendere possibile un suo riallineamento. In queste situazioni, fortunatamente rare, la testa del paziente deve essere immobilizzata nella posizione in cui la troviamo inizialmente (PHTLS, Cse, 2003).

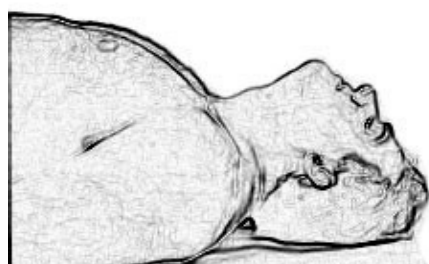
Focalizziamo la nostra attenzione ora sui restanti presidi dediti all'immobilizzazione, e necessariamente complementari all'uso del collare cervicale.

Infatti un punto mai troppo sottolineato resta legato al concetto che il mettere il collare sia solo il primo di una serie di passaggi che devono portare per forza al paziente sulla spinale. Non ha alcun senso accompagnare pazienti con il solo collare cervicale al pronto soccorso, anche se trovati in piedi, magari affaccendati a sbrigare le pratiche dello scambio dei dati assicurativi, che vogliono il ricovero in ambulanza per poter aver maggior forza in sede di risarcimento danni per il tamponamento.

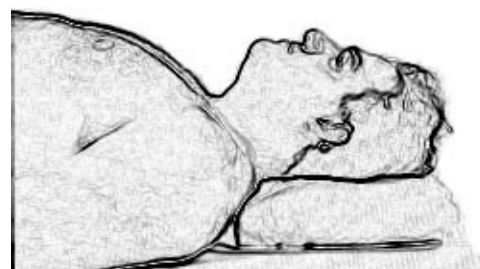
In questi casi, visto che lamenterebbero dolori al collo, l'occasione si presenta ricca per i soccorritori, per poter far ottima pratica di posizionamento di spinale in piedi, con il cosiddetto abbattimento, e quindi proseguire con tutta la procedura ABCDE ed il posizionamento del ragno. Avendo tutti noi provato, nelle esercitazioni pratiche, la modalità "cavia", sappiamo quanto scomodo possa essere stare per mezz'ora legati perfettamente su una spinale, prendendo inevitabilmente tutte le buche che circondano la zona di Careggi. Poco male se al Pronto Soccorso gli infermieri smonteranno tutto in pochi secondi, avremo fatto pratica e forse dissuasato qualche truffatore dal voler ripetere l'operazione "furbetto".

Ma perché al collare cervicale deve seguire necessariamente la tavola spinale? Perché ovviamente anche il solo dolore al collo implica una complicanza alla colonna vertebrale spinale, e quindi si attiva il protocollo del trauma maggiore. In pratica, siamo legittimati ad evitare l'immobilizzazione totale solo in caso di trauma ai singoli arti (braccia o gambe). Ricordiamocelo: il collare cervicale da solo non immobilizza!

E' stato messo il collare, ora dobbiamo mettere il paziente sulla tavola spinale, per mantenere la testa in posizione neutra, in asse con spalle, il tronco ed il bacino anche durante il trasporto. La posizione neutra della testa e' tale quando non risulta ne' iperestesa ne' ipoestesa, ma naturalmente dritta. In molti pazienti, quando la testa viene collocata in una posizione neutrale in asse, la sua parte posteriore corrispondente all'occipite può trovarsi ad una distanza compresa tra i 2 ed i 10 centimetri rispetto alla linea corrispondente alla parete toracica posteriore. Perciò in molti adulti quando la testa si trova in posizione allineata in asse, possiamo rilevare uno spazio tra la parte posteriore del capo ed il presidio, ed un idoneo cuscinetto deve essere inserito prima di assicurare la testa al presidio stesso. Per essere efficace, questo cuscinetto deve essere di materiale non comprimibile, come lenzuola ripiegate, o spessori progettati appositamente (cuscino lungo del corsetto estractore). **Pochi individui non richiedono il posizionamento di uno spessore** (PHTLS, Cse, 2003). La stessa relazione anatomica tra il capo ed il dorso si verifica con un paziente supino, sia esso a terra o sulla tavola spinale. In molti adulti, quando sono in posizione supina, la testa cade indietro in posizione iperestesa. Al suo arrivo, il soccorritore deve muovere la testa in una posizione neutrale in asse e mantenerla manualmente in quella posizione che per molti adulti significa con la testa sollevata dal suolo, applicando una leggera trazione.

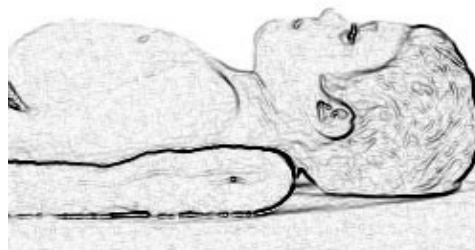


*A sinistra, posizione naturalmente iperestesa in paziente adulto con testa poggiata sul piano delle spalle. A destra, posizione neutra ottenuta con inserimento di spessore adeguato.*



Come sappiamo, su pazienti di età pediatrica, dovremo applicare lo spessore non sotto la testa ma bensì sotto le spalle, come evidenziato in figura. Nell'occasione sottolineiamo che nel paziente adulto non sempre lo spessore del "cuscino" fermacapo è sufficiente a raggiungere la posizione neutra; sarà cura del leader di manovra verificare la necessità di una eventuale implementazione o correzione.

*A sinistra, posizione naturalmente ipoestesa in paziente pediatrico con testa poggiata sul piano delle spalle. A destra, posizione neutra ottenuta con inserimento di spessore adeguato.*



Prossimamente vedremo in modo approfondito l'immobilizzazione del presidio sul tronco, ed il completamento dell'immobilizzazione alle gambe ed alle braccia.