

USATE IL CASCO GIUSTO. È UN VANTAGGIO PER TUTTI.

Dott. Francesco Paparo – Specialista in Chirurgia Maxillo-Facciale

Dirigente Medico SSN

Non tutti coloro che ogni giorno, per diletto o per necessità, percorrono le nostre strade a bordo di due ruote sono consapevoli dei rischi che questo comporta. E sono le statistiche di una vera e propria Guerra.

Nel report sulla sicurezza stradale presentato dall' ACI (analisi ISTAT-ACI) nel Novembre scorso si dimostra che sulle strade italiane sono morti oltre 1.000 motociclisti solo nel 2010, dato che rappresenta circa il 25% di tutti i decessi per incidente stradale in Italia.

Non solo: mentre il numero di morti per incidente automobilistico è sceso di circa il 50% nell'ultimo decennio (in linea con gli obiettivi fissati dall'Unione Europea nel 2001), i decessi per incidente motociclistico nello stesso periodo hanno registrato una flessione molto più lieve: solo il 13% in meno. Tra i centauri, la fascia di età maggiormente a rischio, contrariamente a quanto si potrebbe immaginare, è quella dai 30 ai 44 anni e ciò dimostra come la moto o lo scooter sono oramai diventati un sistematico e necessario mezzo alternativo di trasporto all'automobile. Questa evidenza è rafforzata dal fatto che, contrariamente agli incidenti di auto, la maggior parte degli scontri motociclistici avviene in città (85%).

Quando si parla di feriti, il quadro non cambia molto; più di 10.000 feriti in incidenti motociclistici solo nel 2010, con una flessione sempre inferiore rispetto ai "colleghi" automobilisti.

Queste statistiche pongono alcune importanti questioni: la prima è che i traumi motociclistici hanno un elevato impatto socio- economico, probabilmente sottovalutato dai media e dalle Istituzioni che si concentrano quasi esclusivamente sulle "stragi del sabato sera"; la seconda questione è probabilmente conseguenza della prima: in questo caso non

sono i giovani gli attori principali di questa tragedia, ma le persone comuni, che rimangono coinvolte negli incidenti durante gli spostamenti quotidiani. E questo non fa notizia, anche se, in effetti, dimostra che in questo caso particolare tutti siamo a rischio, non solo i giovani e non solo per le nostre condotte dolose o colpose. Importanza fondamentale, infatti, anche in questa fattispecie, è rivestita soprattutto da due cose: una corretta educazione preventiva ed un consistente individuale investimento sui mezzi di sicurezza. Proteggersi bene per non farsi male.

In realtà quella del casco, che riguarda più da vicino l'incidenza dei traumi cranici e facciali, che sono le evenienze più drammatiche per un motociclista, è una storia assai lunga che inizia con la legge 3 del 1986. In quell'anno venne introdotto per la prima volta in Italia l'obbligo di uso di questo mezzo di protezione essenziale, croce e delizia dei centauri nostrani. Fino a quel momento era considerato in realtà quasi un vezzo, uno status symbol, un optional costoso e di tendenza, soprattutto per la stagione invernale. Il casco fino a quel momento era stato obbligatorio solo per le forze dell'Ordine.

Questo essenziale presidio di protezione ha invece rappresentato, nonostante le ingiustificate resistenze di molte lobby economiche, una svolta nel panorama traumatologico della strada. All'introduzione dell'obbligo del casco è seguita infatti una quasi immediata ed evidente flessione della mortalità e dell'invalidità grave, del 30% circa. Oggi, 9 centauri su 10 indossano il casco durante la guida.

Ma i caschi sono tutti uguali? Tutti i caschi proteggono allo stesso modo? Ovviamente la risposta non può che essere: no.

La capacità o meno di un mezzo protettivo di essere efficace dipende, sì, dalle sue qualità intrinseche e dalle caratteristiche di fabbricazione (vedi l'introduzione dell'omologazione dei caschi) ma anche e soprattutto dai modelli che sono presenti sul mercato e che il motociclista può scegliere liberamente.

Se è vero che i caschi cosiddetti “aperti” (jet) e i più recenti caschi modulabili sono i più diffusi sul mercato, per certi versi non offrono lo stesso profilo di protezione dai traumi “minori” (cioè quelli che non comportano la morte o l’invalidità grave del conducente) rispetto ai caschi integrali.

È indubbio, infatti, che se da un lato oramai quasi tutti i caschi omologati disponibili in commercio proteggono in maniera più o meno efficace le strutture “nobili” del capo, quali l’encefalo ed il tratto cervicale alto, non tutti riescono a mettere al riparo, in maniera altrettanto efficace, il viso. Ciò, evidentemente perché proteggere anche il viso implica indossare un casco che specialmente in alcune stagioni dell’anno può essere davvero impegnativo.

E questo rappresenta un errore comune sia per le case costruttrici di mezzi di protezione che per conquistare il mercato tendono sempre di più a proporre presidi di sicurezza “leggeri”, “maneggevoli” e poco “fastidiosi” ma anche e soprattutto per i centauro stessi che, potendo scegliere tra i modelli in commercio, prediligono costantemente caschi sempre più aperti che, quindi, espongono inevitabilmente il viso a traumatismi, spesso drammatici e dagli esiti permanenti deturpanti. Questi dipendono essenzialmente, oltre che dalle caratteristiche del mezzo di protezione indossato, dalla velocità al momento dello scontro e dal tipo di impatto che il veicolo ha subito, quindi dalla dinamica dell’incidente stesso.

Le fratture del massiccio facciale, quindi, si verificano di norma per un trauma violento che può concentrarsi essenzialmente su tre zone maggiormente “esposte” del viso, rappresentate dal **naso**, dalla **mandibola** e dallo **zigomo**.

Quando l’energia traumatica si concentra sulla piramide nasale, in particolare nei suoi due punti di maggiore resistenza che si trovano, rispettivamente, nella parte alta ed alla base del naso, si creano delle caratteristiche e costanti linee di frattura “orizzontali” che da questo punto

si irradiano, con modalità e gradi di gravità variabili, alle strutture ossee contigue. La descrizione di questi classici esiti traumatici è dovuta all'ingegno di un chirurgo francese, René Le Fort che, riproducendo i più frequenti traumatismi maxillo- facciali su soggetti anatomici, trovò che le fratture "orizzontali" seguivano tre irradiazioni costanti dipendenti dalla zona di impatto e dai punti di minore resistenza del massiccio facciale. Nel I tipo di Le Fort, l'arcata dentaria superiore è staccata in blocco dall'osso mascellare (frattura "bassa"); nel II tipo di Le Fort, la linea di frattura interessa le ossa nasali fino a raggiungere gli zigomi (frattura "media"); nel III tipo di Le Fort, infine, si ha un distacco del base cranica dal massiccio facciale (frattura "alta") (**FIG. 1**). Questi tipi di fratture, che rappresentano le evenienze più gravi insieme con i cosiddetti "fracassi facciali", sono di non infrequente riscontro in motociclisti colpiti da traumatismi diretti ad alta energia.

Nei traumatismi del mento, la frattura della mandibola, spesso associata anche ad altre fratture, si verifica per impatto diretto, quindi più frequentemente in conseguenza di una caduta. Caratteristica, infatti, è la presenza di un'escoriazione o di una ferita proprio nel punto di impatto. Possono verificarsi fratture mandibolari isolate o multifocali. Quelle che coinvolgono la parte articolare della mandibola, le fratture del condilo mandibolare, sono costantemente conseguenti a trauma indiretto sul mento e sono quelle che provocano, se non trattate in maniera corretta, gli esiti funzionali più invalidanti rappresentati da asimmetrie del viso, alterazione della chiusura dei denti e difficoltà alla masticazione. Si tratta di una delle fratture più frequenti tra i centauro con casco Jet, specialmente tra gli adolescenti che guidano i ciclomotori (**FIG. 2**).

Le fratture dell'osso zigomatico, infine, si verificano per impatto diretto e sono spesso associate a fratture delle strutture ossee che sostengono l'occhio (**FIG. 3**). Nel panorama traumatologico della strada sono in generale le fratture più frequenti insieme con i traumi dentali e dento-alveolari.

In ultimo, tutti questi quadri clinici possono coesistere anche contemporaneamente in un singolo paziente allorché si parla dei cosiddetti “fracassi facciali” (**FIG. 4**) costantemente associati a quadri clinici di ordine generale molto gravi e complessi che necessitano di un’ assistenza avanzata con cure intensive ed un approccio multi- disciplinare (“Trauma Center”).

Tutti i traumi di cui abbiamo parlato, anche se correttamente e tempestivamente trattati, possono lasciare danni estetici e funzionali di grado variabile che producono invalidità di natura fisica e psicologica, con ripercussioni sulla vita di relazione dell’individuo.

È proprio per questo che appare indispensabile che le istituzioni continuino a approfondire i propri sforzi verso la prevenzione e l’educazione stradale, senza tralasciare il trauma motociclistico o ritenendolo erroneamente di minore impatto sociale.

Ancor più fondamentale, tuttavia, sembra però essere la motivazione individuale a proteggersi con efficacia ed efficienza dai traumatismi, scegliendo il casco col criterio della sicurezza. Anche a scapito della comodità e della praticità.

Perché per chi usa le due ruote tutti i giorni, l’incidente non è un’evenienza così rara. E, in questo caso più che mai, “gli altri siamo noi”.

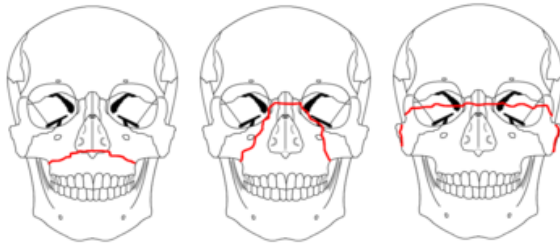


FIG. 1: da sinistra a destra: Le Fort I; Le Fort II; Le Fort III

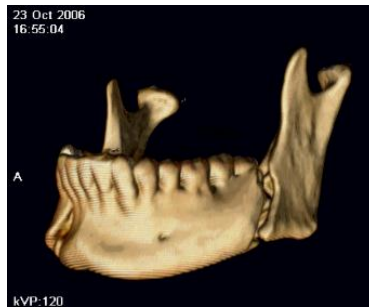


FIG. 2: Frattura dell'angolo mandibolare



FIG. 3: frattura di zigomo

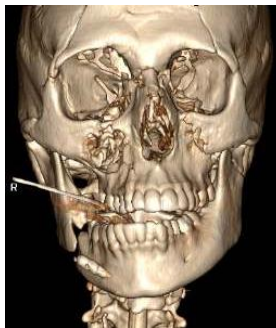


FIG. 4: fracasso facciale