

Un «soccorso pronto» per i medici in prima linea (e per i pazienti)

Un libro scritto da chi lavora nei dipartimenti di emergenza e urgenza diventa uno spaccato delle difficoltà e delle esigenze per chi vi opera e chi vi cerca aiuto

di **Danilo di Diodoro**

«**I**l Pronto Soccorso è un gran casino. Lo so, sembra brutto detto così. Un caos primordiale in cui noi cerchiamo di fare ordine giorno per giorno, ognuno per il suo. Teoria e pratica al nostro fianco come divinità benigne. Alla base la passione per gli esseri umani e le loro fragilità». Sono parole di Vittorio Fontana, medico di Ps (Pronto Soccorso) a Cinisello Balsamo (Milano), riportate nel libro *La medicina d'emergenza nelle grandi aree metropolitane* (Il Pensiero Scientifico editore, 2025), adattamento italiano di un testo statunitense, a cura di Luca Carenzo, medico rianimatore dell'Ircs Istituto clinico Humanitas di Rozzano. Un libro destinato ai medici, con schemi di intervento, ma che è anche, quasi involontariamente, uno spaccato umano

sulla realtà complessa dei Ps delle grandi città, dove oltre alle emergenze sanitarie in senso stretto trovano rifugio la marginalità, il disagio sociale, l'abuso di ogni tipo di droga, le situazioni di violenza esplosiva. Il Ps, presidio sempre aperto al bisogno dei cittadini, 24 ore su 24, 365 giorni all'anno, punto di riferimento per ogni emergenza sanitaria in senso stretto, ma anche filtro di problemi e contraddizioni di una società sempre più diseguale, perennemente esposto all'ingolfamento, al malcontento e al burnout degli operatori.

«Questo libro mi è sembrato lo strumento giusto per sistematizzare quei temi, eterogenei ma con un denominatore comune, che riguardano gli attuali Pronto Soccorso» dice Carenzo. «Un impegno che nasce dal desiderio di prendersi cura delle persone, andando oltre la cura del singolo paziente, ma anche di offrire un riferimento a professionisti e pazienti».

continua alla pagina seguente



Traumi, dipendenze, disturbi psichici

«Ps» sotto pressione

Chi lavora in emergenza e urgenza si trova spesso a operare in condizioni non ottimali, con lacune sia nelle infrastrutture sia nei percorsi organizzativi e formativi

di **Danilo di Diodoro**
SEGUE DALLA PAGINA PRECEDENTE

L Il Pronto Soccorso, termine corrente per indicare una delle funzioni del Dipartimento di Emergenza e Accettazione (Dea), accoglie e offre risposte professionali a necessità ritenute urgenti. Esempio eclatante il trauma. Chi subisce un grave trauma conta sul funzionamento di un servizio di emergenza-urgenza con una corretta catena degli interventi, nei tempi giusti, da parte di personale sanitario competente.

Quindi a monte deve esserci stata un'affidabile organizzazione dei servizi. «L'Istituto Superiore di Sanità, su mandato del Ministero della Salute, ha dettato indicazioni su come devono essere gestiti i traumi più gravi» dice Luca Carenzo.

«È il punto di partenza di una buona organizzazione, assieme all'integrazione operativa tra i servizi sanitari regionali per i quali vengono stabiliti i requisiti minimi. Le singole strutture vengono classificate, individuando Centri traumi di diversa capacità di risposta, da quelli deputati a stabilizzare il paziente a quelli che devono ricevere i grandi traumi, e che sono dotati di competenze plurispecialistiche, con team e percorsi dedicati».

È un'assistenza sempre alla ricerca di miglioramento, che passa attraverso l'integrazione operativa. «Il nostro grup-

po di lavoro, insieme a colleghi dei principali *trauma center* italiani, ha pubblicato sulla rivista *Injury* un'indagine sull'organizzazione della risposta intraospedaliera, con particolare attenzione alla valutazione iniziale mediante un approccio multidisciplinare che coinvolge professionalità diverse. Sono emerse una disponibilità disomogenea negli ospedali di questi trauma team, e la necessità di formazione specifica, specialmente nella chirurgia del trauma e nella leadership in situazioni di emergenza-urgenza, competenze che richiedono percorsi dedicati. Un altro possibile miglioramento riguarda i traumi con ferite, più frequenti nelle grandi aree metropolitane. Cruciale è la disponibilità di emoderivati prima che il paziente arrivi in ospedale, ma oggi il trasporto di sangue sul territorio è attivo solo in pochi servizi, ed è stato introdotto con notevoli sforzi logistici. Con il coordinamento della Società italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva, si cerca di migliorare i programmi di trasfusione preospedaliera».

Violenze e droga

Altro fenomeno tipico del Ps sono gli episodi di violenza, talora connessi a specifici di-

sturbi psichici che comportano agitazione psicomotoria, aggressività, condotte auto o eterolesive, talora accompagnate da deliri e allucinazioni, anche per abuso di droghe o farmaci. «Il fenomeno della violenza è in aumento, e purtroppo i Pronto Soccorso italiani si trovano spesso a operare in condizioni non ottimali, con lacune sia nelle infrastrutture sia nei percorsi organizzativi e formativi» dice Antonio Voza, direttore della Medicina d'urgenza e Pronto Soccorso dell'Irccs Humanitas Research Hospital di Rozzano.

«Alcune buone pratiche locali possono fungere da modello, ma servirebbe una strategia nazionale integrata che investisse in strutture dedicate e che garantisse formazione multidisciplinare degli operatori e la messa a punto di protocolli condivisi tra emergenza, salute mentale e sicurezza. I disturbi psichici a maggior rischio sono riacutizzazioni di



schizofrenia, fasi maniacali di disturbi bipolari, psicosi non diagnosticate, o intossicazioni da sostanze quali alcol, cocaina, cannabinoidi sintetici, amfetamine. Anche i disturbi borderline di personalità possono indurre comportamenti aggressivi, così come crisi comportamentali in pazienti con disabilità intellettiva o disturbi dello spettro autistico, oppure deliri acuti e confusione mentale in pazienti anziani con demenza. Più spesso sono coinvolti maschi tra i 15 e i 45 anni, ma a rischio sono anche persone senza fissa dimora o con gravi problematiche sociali. Un caso particolare di violenza nei Pronto Soccorso è quello di utenti che lamentano ritardi o disattenzioni, reali o percepite, da parte del personale di assistenza. A rischio

soprattutto le attese prolungate, specialmente se non sostenute dalla comunicazione, situazioni di sovraffollamento o di conflitto familiare, mancanza di privacy, comunicazione di esiti clinici negativi inaspettati. «Sarebbero quindi necessari miglioramenti strutturali e organizzativi. La maggior parte dei Ps italiani non dispone di spazi dedicati per la gestione sicura di pazienti con disturbi comportamentali acuti, le cosiddette stanze di de-escalation o aree di osservazione protetta, con requisiti di sicurezza e sorveglianza, presenti solo in pochi ospedali universitari o grandi hub metropolitani. Sarebbe inoltre auspicabile migliorare formazione del personale e comunicazione, segnalare i soggetti a

rischio e coinvolgere precocemente i servizi di salute mentale e sociali, sviluppare protocolli condivisi tra medicina d'urgenza, psichiatria e forze dell'ordine». Anche l'abuso di sostanze psicoattive, alcool e farmaci grava sul carico di lavoro dei servizi d'urgenza.

«Nel 2024, in Italia i Pronto Soccorso hanno registrato più di 8 mila accessi per patologie droga-correlate che nel 60% dei casi sono avvenuti tramite 118» dice Davide Lonati del Centro Antiveneni Irccs Mauri Pavia. «Il 10% ha riguardato minorenni, mentre il 9% ha coinvolto persone oltre i 64 anni, soprattutto donne. Inoltre, quasi il 50% dei pazienti mostrava una psicosi indotta

da droghe, spesso per abuso di sostanze senza dipendenza».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

È fondamentale
l'integrazione
operativa
tra i servizi sanitari
regionali

Il libro



**La medicina d'emergenza
nelle grandi aree metropolitane,**
Il Pensiero Scientifico;
Pagine 348, Euro 42,00
Adattamento italiano di un testo
statunitense, a cura di Luca
Carenzo, rianimatore dell'Irccs
Istituto clinico Humanitas
di Rozzano

I Ps italiani

per lo più non hanno
spazi dedicati
alla gestione sicura
dei pazienti psichiatrici

La sigla

● Cau è
l'acronimo
di Centri di
assistenza
urgenza,
strutture
sanitarie
territoriali
sempre
aperte che si
occupano di
urgenze a
bassa e
media
complessità.
È un
modello che
ha dato un
impulso a
una risposta
di prossimità
ai bisogni
meno
complessi.



Peso: 1-27%, 2-39%, 3-10%