

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

(Fonte: <https://www.corriere.it/> 19 ottobre 2025)

«Il 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 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'Ircchs 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.

Presidio sempre aperto

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».

Traumi, dipendenze, disturbi psichici: Ps sotto pressione

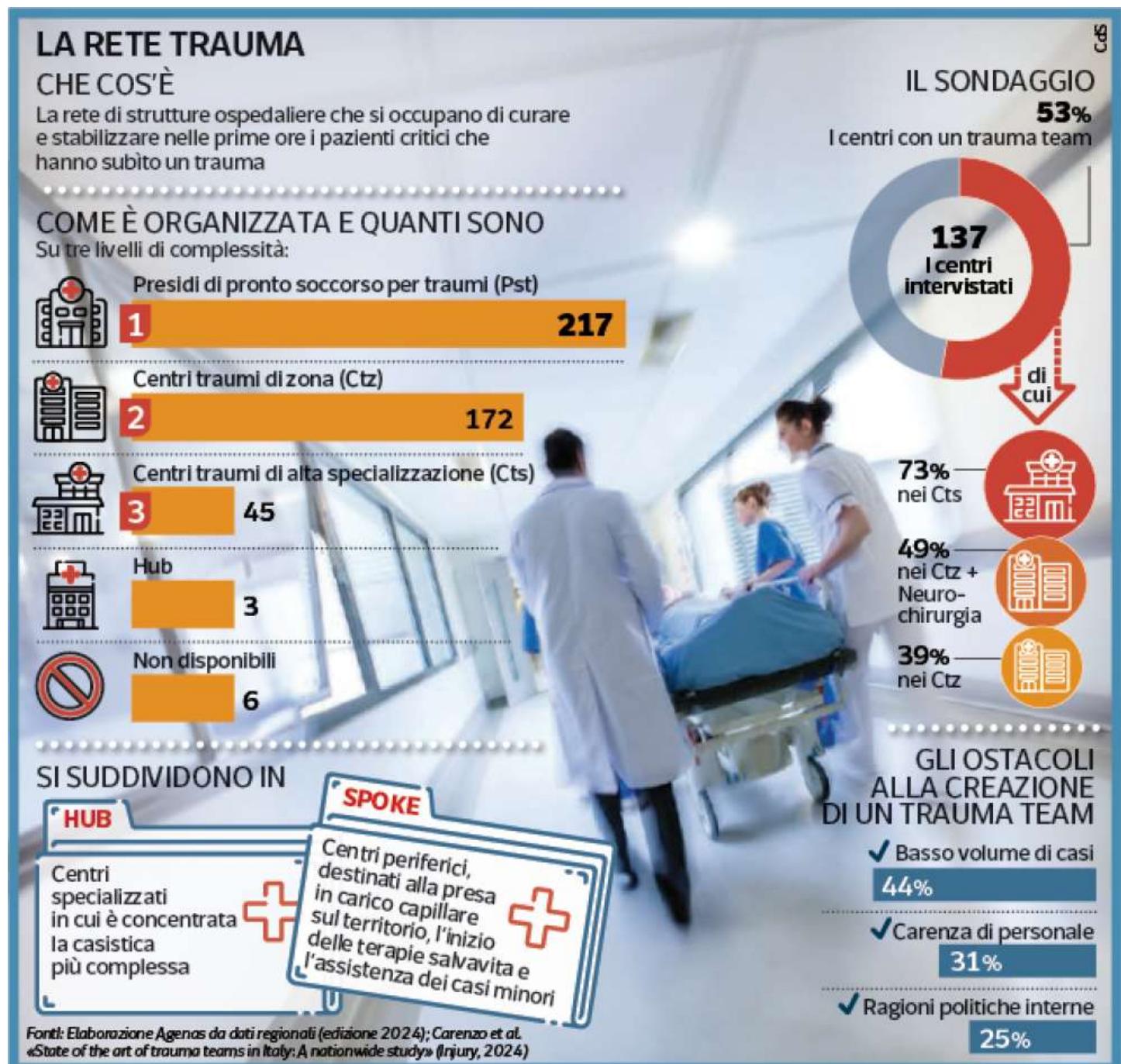
Pronto Soccorso, termine corrente per indicare una delle funzioni del Dipartimento di Emergenza e Accettazione (Dea), accoglie e offre risposte professionali a necessità ritenute urgenti.

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».

PS: come sono organizzati i Centri per i traumi



Come migliorare l'assistenza

È un'assistenza sempre alla ricerca di miglioramento, che passa attraverso l'integrazione operativa. «Il nostro gruppo 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 dei Ps sono gli episodi di violenza, talora connessi a specifici disturbi 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'Ircss 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 Antiveleni Irccks Maugeri 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».

La soluzione dei Cau in Emilia Romagna

Molti accessi ai Ps generano un affollamento inappropriato e rendono scontenti pazienti e operatori.

«È sempre stato messo al centro l'ospedale a scapito delle cure primarie territoriali e ciò ha riversato i cittadini in luoghi non pensati per la bassa complessità, ma per trattare patologie complesse e tempo-dipendenti» dice Mattia Altini, direttore generale dell'Ausl di Modena e presidente della Società italiana di leadership e management in medicina.

«In Emilia-Romagna stiamo affrontando il problema attraverso i **Centri di assistenza urgenza (Cau)**, strutture sanitarie territoriali sempre aperte che **si occupano di urgenze a bassa e media complessità**. È un modello con esiti diversificati, ma ha dato un impulso a una risposta di prossimità ai bisogni meno complessi, stimolando un nuovo rapporto con l'assistenza primaria e il dibatto sul rinnovo degli accordi nazionali con la medicina generale».

In un'ottica di miglioramento continuo, si lavora all'evoluzione dei Cau, sviluppando **nuove forme aggregative, tra cui le Aggregazioni funzionali territoriali (Aft)**, raggruppamenti operativi di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali.

«Sono strutture che condividono strumenti di valutazione della qualità, linee guida, protocolli operativi e sistemi informativi per migliorare assistenza e processi decisionali», spiega Altini.

«Hanno un referente responsabile e devono garantire la continuità assistenziale, la presa in carico dei pazienti cronici, la partecipazione a programmi di prevenzione, la riduzione degli accessi impropri al Ps. Ogni Aft avrà una sede riconoscibile, spesso all'interno di una Casa della Comunità».

In Emilia-Romagna le Aft sono in via di costituzione, nel frattempo sarà necessario indirizzare correttamente i cittadini verso la risposta più tempestiva e più appropriata al loro bisogno.

«Lo strumento sarà la telefonata al **116/117**, un “navigatore” che avrà a disposizione tutte le risorse del sistema salute e condurrà il paziente al presidio sanitario più adatto. Un servizio che dovrebbe ridurre la pressione sui Ps, evitando l'autopresentazione che è non solo un problema, ma un rischio per il cittadino. Però devono cambiare anche i modelli organizzativi della professione: il **medico di emergenza oggi, al pari di altri specialisti, non ha una specificità remunerativa né riconoscimenti per la tipologia di assistenza che svolge**, dato che spesso lavora di notte, in

condizioni di tensione, con un difficile equilibrio vita-lavoro. Quindi è necessario definire modelli organizzativi e remunerazioni che tengano conto del livello di rischio e complessità di tutti gli operatori».

Dipendenze

In Ps arrivano intossicazioni da alcool, [cocaina](#), [amfetamine](#) e tetraidrocannabinolo, e da oltre mille **nuove sostanze psicoattive** acquistate prevalentemente online. «Il fenomeno è monitorato dal Sistema Nazionale di Allerta Rapida Droga (NEWS-D) una rete di servizi tra cui le unità di strada, i servizi per le dipendenze, la polizia scientifica, la tossicologia clinico-forense, i servizi di urgenza e i centri antiveleni» dice Davide Lonati. «Il NEWS-D allerta le istituzioni nazionali di controllo, per le risposte politico-sanitarie e di contrasto al traffico. I dati del Centro Antiveleni dell'IRCCS Maugeri di Pavia, raccolti in collaborazione con il laboratorio di Tossicologia clinica d'urgenza e i servizi sanitari dell'urgenza del SSN, evidenziano che le nuove sostanze sono catinoni sintetici, ketamina e molecole correlate, cannabinoidi sintetici e feniletilamine, che causano agitazione psicomotoria, atteggiamento violento, delirio.

Terza età, bisogno di percorsi dedicati

Il Ps è ostile per l'anziano perché lo tratta con le stesse procedure dell'adulto. «Inoltre il personale è insufficiente e spesso ha scarsa pratica di medicina geriatrica d'urgenza, ormai una disciplina a parte» dice Giovanni Ricevuti, già professore di Medicina interna, Geriatria e Medicina d'urgenza all'Università di Pavia. «Non vengono applicati i sistemi di valutazione per le patologie atipiche dell'anziano, infatti lo **stato di delirium spesso non è riconosciuto**. Sarebbe utile avere un **team multiprofessionale** che includa un **farmacista clinico specializzato in geriatria d'urgenza** per la gestione del **paziente anziano fragile con molte patologie e che assume diversi farmaci**. Ovviamente in aggiunta a **medici e infermieri dell'emergenza-urgenza con competenze geriatriche**. Un passaggio che richiederebbe la revisione della formazione specialistica multiprofessionale».

Per chi è immigrato

In Italia ci sono oltre cinque milioni di immigrati, spesso ben integrati. «Non sono solo braccianti e badanti, ci sono anche imprenditori e operatori professionali, soprattutto medici e infermieri» dice Marco Mazzetti, psichiatra, presidente della Società italiana di medicina delle migrazioni. «Le loro modalità di accesso ai Ps sono sovrapponibili a quelle del resto della popolazione, quindi non generano una particolare pressione. Anche per loro, però, come per la popolazione italiana, esistono persone in condizioni di marginalità, che possono avere difficoltà a far valere il diritto alla salute e ad averne consapevolezza: presi da domande di asilo e permessi di soggiorno, non sanno di avere diritto al medico di base, né sanno come accedervi. **Chi non ha il permesso di**

soggiorno non sa di aver comunque diritto alle cure urgenti, non si reca negli ambulatori preposti o in quelli del volontariato, non conoscono l'esistenza. Il Ps è l'unica strada che conoscono, spesso percorsa quando la situazione clinica è molto peggiorata. Avrebbero bisogno quindi di interventi socio-educativi, anche in ambito di medicina preventiva, e infatti, ad esempio, l'incidenza di tumori del collo dell'utero è più alta tra le donne straniere. Numerose evidenze indicano che interventi di educazione sanitaria migliorano molto la partecipazione ai programmi di prevenzione. Inoltre gli immigrati hanno un rischio infortunistico sul lavoro maggiore di tre-quattro volte rispetto agli italiani, perché più impegnati in attività a maggior rischio, come edilizia e agricoltura. Sono comunque numeri in assoluto troppo bassi per avere un impatto rilevante sui Ps».

Molti immigrati hanno inoltre **difficoltà a comunicare**. «Riguarda soprattutto persone appena arrivate che non conoscono la lingua, con basso livello di istruzione, o gravemente traumatizzate a causa delle violenze subite prima o durante il percorso migratorio» spiega Mazzetti. «Per loro, la presenza di **mediatori culturali** nei servizi è decisiva, sia per il servizio di traduzione sia per la reciproca comprensione di riferimenti culturali specifici».

Emergenza Pronto Soccorso: chi ci assisterà se avremo bisogno di cure urgenti?