

SALA POLISSENA A

## FRAGILITA' E CRONICITA'

Moderatori: Luciano D'Angelo - Vincenzo Menditto

# Emmanuele Tafuri

Il paziente solo





# Il paziente solo

**Emmanuele Tafuri**

*MD, PhD*

**Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'Urgenza**

**P.O. Clinicizzato-Chieti**





Nell XX secolo l'OMS ha definito la salute come *«stato di completo benessere, fisico, psichico e sociale, non semplice assenza di malattia»*

# A COSA SERVE IL PRONTO SOCCORSO?

Ad aiutare le persone da ogni punto di vista:

→ Fisico

→ Mentale

→ Sociale

Il pronto soccorso è da lungo tempo considerato la rete di sicurezza della società, dove i medici che lo abitano sono abituati ad affrontare non solo diagnosi complesse ma anche a gestire problematiche non prettamente mediche spesso ignorate dagli altri rami della medicina moderna. Tutti vengono accettati e tutti vengono curati.



La medicina d'emergenza inizia a svilupparsi attorno agli anni 50', inizialmente dedicata a trattare pazienti gravemente feriti o con patologie critiche attraverso scarse strumentazioni e medici adattati per il compito; nel corso degli anni il pronto soccorso evolve attraverso l'investimento economico in strutture e formazione dei medici che lo popolano. Attorno agli inizi degli anni 90' iniziano a nascere numerosi programmi e scuole dedicati alla formazione d'emergenza dei medici.

---

Cambia anche il target dei pazienti a cui questi medici si dedicano, con l'evolvere della società e nascita della sanità privata il pronto soccorso diventa frequentato soprattutto dalle persone escluse dal ramo più ricco della medicina; poveri, immigrati, disabili, soggetti psichiatrici, senz'altro, persone senza disponibilità economiche per usufruire di cure private, sono questi i principali frequentatori del PS adesso, e si rivolgono ad esso proprio perché è l'ultima struttura a cui possono farlo e che sanno non gli volterà mai le spalle.

Il pronto soccorso si è quindi trasformato negli anni nella rete di sicurezza sociale della nostra società; in esso si rivedono le debolezze e le condizioni della comunità in cui si trova, rispondendo a qualsiasi scossone vada ad intaccare la società, dalle crisi economiche ai disastri naturali, ed è proprio per questo che il PS si presta bene ad unire la medicina d'emergenza alla medicina sociale, come unica certezza permanente per la popolazione e la salute pubblica.

# 19° secolo

## La medicina sociale

*Il miglioramento della medicina potrà alla fine prolungare la vita umana, ma il miglioramento delle condizioni sociali può raggiungere questo risultato più in fretta e con maggiore successo “*



### **1970 - La matrice di Haddon**

La matrice suddivide ciascun evento di morte accidentale o lesione accidentale in «pre-evento», «durante l'evento» e «dopo l'evento» per ricercare attributi dell'individuo, dell'ambiente circostante o di eventuali vettori o terzi agenti che siano stati determinanti nella realizzazione dell'evento stesso.

		FATTORI		
FASE		UTENTE	VEICOLO	STRADA/ AMBIENTE
Pre-incidente	Prevenzione	Informazione, attitudini, comportamento	Rigidezza strutturale Sistemi di illuminazione, frenatura e guida Regolazione della velocità	Progetto stradale e inserimento ambientale Limiti di velocità Protezione utenze deboli
Incidente	Prevenzione lesioni durante l'incidente	Sistemi di protezione	Protezioni passive Altri dispositivi di sicurezza Progettazione	Protezioni passive margini e ostacoli
Post-incidente	Mantenimento in vita	Primo soccorso Accesso ai centri medici	Facilità di accesso Protezione rischio incendio	Attrezzature di soccorso Accessibilità soccorritori

Ogni paziente che si presenta al Pronto Soccorso rappresenta, almeno in parte, il fallimento dei programmi di salute pubblica o del sistema di welfare social nel prevenire le malattie, gli incidenti o la povertà. E' proprio perché esiste questo fallimento sociale che i medici d'emergenza di oggi sono i principali provider delle cure primarie per i senzatetto, i tossicodipendenti, gli abbandonati dalla famiglia, dei pazienti psichiatrici, dei poveri, dei disabili e degli immigrati irregolari.

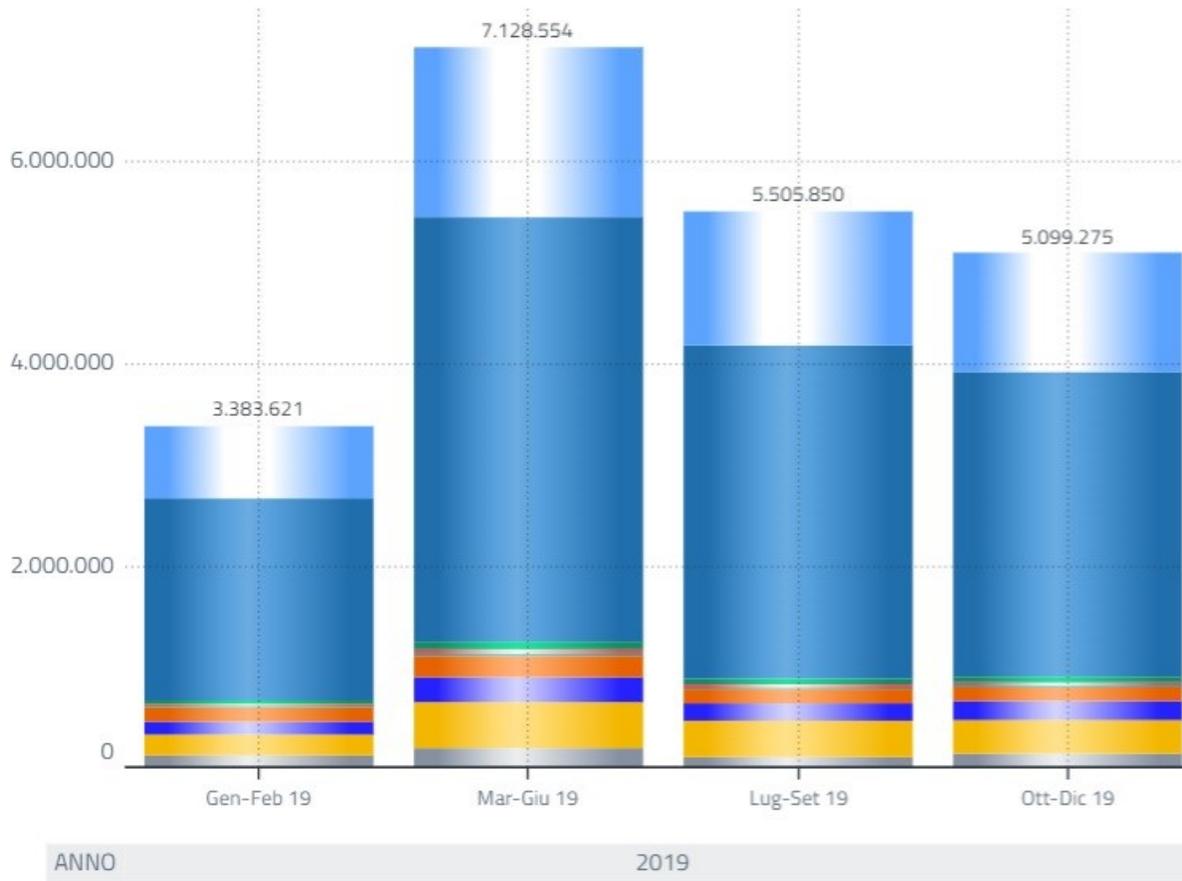
**Il pronto soccorso è il luogo in cui si pratica la medicina sociale 24 ore al giorno, ogni giorno dell'anno.**

*«...di curare ogni paziente con eguale scrupolo e impegno, prescindendo da etnia, religione, nazionalità, condizione sociale e ideologia politica e promuovendo l'eliminazione di ogni forma discriminazione in campo sanitario» Giuramento di Ippocrate, 430 AC*

**TRATTARE  
LA MALATTIA ED IL MALATO**



L'agenzia nazionale per i Servizi Sanitari Regionali ha dichiarato un numero di accessi totale in PS in Italia nel 2019 pari a circa 20 milioni.



■ Dispnea ■ Dolore addominale ■ Dolore toracico ■ Febbre ■ Pneumologia/ Patologia Respirato  
■ Psichiatrico/Stato di agitazione ■ Sindrome neurologica acuta ■ Sintomi o disturbi vari ■ Trauma/Ustione

I dati raccolti fanno riferimento a vari sistemi di classificazione, in base al colore di triage, al tempo di permanenza in PS, la diagnosi d'ingresso e quella di dimissione, e molto altro ancora.

Non ci sono però dati a noi accessibili che ci forniscano informazioni sul tipo di pazienti che accede in PS, in particolare su quanti di questi abbiano problematiche sociali alle spalle che vengono ignorate nella società.

Rientrano in questa categoria i tossicodipendenti, i senzatetto, le persone abbandonate dai familiari/amici, le persone con malattie mentali, disabili, i poveri e molti altri.

Uno studio pubblicato nel 2011 sull'AM J Public Health stimava che nell'anno 2000 negli Stati Uniti ci sono stati approssimativamente 245.000 morti attribuibili a basso livello culturale, 176.000 morti dovute a segregazione razziale, 162.000 morti per scarso supporto sociale, 133.000 morti attribuibili a povertà individuale, 119.000 morti da disuguaglianze di classi sociali ed infine 39.000 morti da povertà di comunità. Questi numeri riflettono una problematica che viaggia sugli stessi livelli di patologie ben note e gravi, quali ictus ischemico, infarto miocardico e shock settico.

Sebbene i dati analizzati riguardino un paese con un SSN ed una situazione socio-economica differente ben diversi da quelli italiani, questi numeri offrono comunque uno sguardo su un problema che tende ad essere misconosciuto; esistono delle categorie di pazienti con problematiche sociali che influiscono pesantemente sul solo stato di salute, il cui primo e forse unico punto di riferimento resta il Pronto Soccorso.

# CHI E' IL PAZIENTE SOLO?

---

➤ Senzatetto

➤ Tossicodipendenti

➤ Anziani abbandonati

➤ Poveri

➤ Immigrati irregolari

➤ Disabili

➤ Soggetti psichiatrici

➤ Alcolisti

# SENZATETTO

---

Nell'ultimo censimento italiano nel 2011 vi erano circa 125.000 persone senza fissa dimora, ad oggi si stima che tale numero sia aumentato esponenzialmente fino ad arrivare sino a mezzo milione. Ciò è il risultato della profonda crisi economica attraversata negli anni a cui si è sommata anche la recente pandemia, tutt'ora in corso.

Una ricerca americana del 2021 ha stimato che questi individui accedono al Pronto Soccorso circa 3 volte di più rispetto la popolazione controllo; i motivi sono tra i più disparati, dalla necessità di trovare un rifugio dal freddo/caldo/pioggia, alla necessità di cure primarie non ottenibili in altri luoghi, oppure per la semplice ricerca di acqua o cibo.

# ANZIANO ABBANDONATO

---

Non è possibile fare una stima numerica di quanti siano, si tratta però di un fenomeno in crescente aumento; anziani fragili, con multiple comorbidità, privi di qualsiasi riferimento e abbandonati a loro stessi, chiusi in strutture o a casa da soli. Le criticità di questa categoria sono multiple, tra queste vi troviamo la difficoltà a reperire un'anamnesi clinica e farmacologica accurata, la necessità di trovare una struttura o persona a cui poi affidare l'anziano una volta dimesso, le condizioni scadenti in cui spesso versano questi pazienti.

# IMMIGRATI IRREGOLARI

---

Nel 2020 in Italia si stimava un numero di immigrati irregolari di circa 600.000 persone. Molto spesso sono profughi di zone di guerra, persone scappate dai loro stati che versavano ormai in condizioni disastrose e che pur di trovare condizioni migliori hanno tentato viaggi estenuanti con mezzi di fortuna. Il problema è che queste persone non esistono, prive di documenti, di storia sanitaria, di una vera e propria identità, sfuggono completamente al nostro sistema sanitario nazionale ed ai suoi servizi di prevenzione e cura primaria, per loro l'unica salvezza resta il PS a cui possono accedere liberamente a qualsiasi orario e per qualsiasi necessità, anche la più banale data la mancanza di qualsiasi altro punto di riferimento. Sono persone di tutte le età, con barriere linguistiche che spesso rappresentano un ulteriore problema. Vivono spesso in condizioni difficili e sono suscettibili a malattie differenti, sia per la provenienza geografica ma anche per le condizioni igienico-sanitarie in cui si ritrovano a vivere. I diversi studi, condotti per lo più negli Stati Uniti ed in Canada, forniscono dati discordanti circa l'utilizzo del PS da parte di questa categoria di persone, in alcuni sembra che ci sia una maggior tendenza ad effettuare accessi, in altri si evidenzia invece una completa elusione di questi individui per qualsiasi forma sanitaria tra cui anche il Pronto Soccorso.

# MEDICINA D'EMERGENZA SOCIALE

---

Branca della medicina d'emergenza che si estrinseca nella capacità del medico di trattare un paziente in PS tenendo conto del suo contesto sociale di provenienza. Questo tipo di approccio è essenziale per fornire una cura che sia specifica per ciascun paziente; tenere in considerazione le problematiche economiche, familiari, ambientali, permette scelte cliniche ponderate che forniscano il miglior outcome possibile per lo stato di salute del paziente una volta dimesso dal pronto soccorso. Questo permette anche un risparmio economico per il SSN, riducendo il numero di accessi in ospedale che tali persone eseguono periodicamente. Il medico d'urgenza non può gestire le patologie croniche, può però assicurarsi in coordinazione con altri enti/strutture che il paziente si trovi in un setting adeguato in cui possano essere trattate.



## LEVITT CENTER

2009 - Fondazione del Centro di Medicina d'emergenza sociale  
Andrew Levitt da parte del Dr. S. Barry e Dr. A. Harrison

*«Noi crediamo che le cure della medicina d'emergenza vadano oltre le pareti del pronto soccorso. Il centro di medicina d'emergenza sociale Andrew Levitt guida la trasformazione delle cure d'emergenza per aumentare l'importanza della persona, della comunità e della società.»* Frase d'apertura sul sito dell'istituto.

Tra il 2017 ed il 2020 molteplici società di medicina d'emergenza, tra cui l'American College of Emergency Physicians e l'American Academy of Emergency Medicine, hanno creato una sezione apposita di Medicina D'emergenza Sociale con lo scopo di perseguire la medicina scientifica e la medicina sociale.



Questo ramo della medicina d'emergenza è tutt'ora in evoluzione e sta risalendo sempre più alla ribalta in epoca moderna, sono ormai diverse le università che offrono corsi intensivi per lo studio della fattore sociale come determinante della salute dell'individuo nell'ambito della medicina d'emergenza, tra cui la New York University, l'University of Illinois e molte altre.

Dal 2018 sono disponibili borse di studio dedicate alla Medicina D'emergenza Sociale presso l'Università della California, Los Angeles, Stanford e St. Barnabas Hospital.

Per poter applicare la Medicina D'emergenza Sociale efficacemente bisogna seguire in modo metodologico una serie di pratiche e indicazioni, alcuni esempi sono:

- Domandare sempre al paziente come farà ritorno a domicilio e se ci sia qualcuno che lo accompagna, un familiare o un amico. Questo permette di avere informazioni sullo stato familiare ed abitativo, aiutandoci eventualmente ad indirizzarlo verso strutture di accoglienza o di supporto qualora evidenziassimo delle difficoltà dell'ambiente familiare.
- Offrire sempre supporto psicologico alle vittime di violenza domestica, indirizzarle verso le persone adatte ad aiutarle nel loro percorso.
- Fornire supporto psicologico e indirizzare verso i centri di disintossicazione tutti gli utilizzatori di sostanze d'abuso.
- Offrire test di Screening per Epatite C e HIV per tutti i soggetti fortemente a rischio.
- Informarsi sulla condizione lavorativa del paziente

# Cosa può fare il medico di PS?

- Vie di collegamento preferenziali verso struttura quali RA, RSA e case di comunità
- Invio del paziente presso psicologi affiliati all'unità di emergenza-urgenza
- Creazione di un collegamento informatico PS – Territorio
- Dialogare col paziente
- Maggior collaborazione con la rete di assistenza sociale

**PRONTO SOCCORSO - EMERGENCY**

**GRAZIE  
PER L'ATTENZIONE**



ATTENZIONE  
PORTA  
AUTOMATICA



INGRESSO CONSENTITO  
SOLO AI PAZIENTI  
(DIVIETO DI ACCESSO PER GLI ACCOMPAGNATORI)



ATTENZIONE  
PORTA  
AUTOMATICA



INGRESSO CONSENTITO  
SOLO AI PAZIENTI  
(DIVIETO DI ACCESSO PER GLI ACCOMPAGNATORI)

