

Emergenze comportamentali acute: competenze integrate, protocolli condivisi e formazione congiunta

La posizione dell'Academy of Emergency Medicine and Care sulle emergenze comportamentali acute

L'Academy of Emergency Medicine and Care (AcEMC) esprime profondo cordoglio per la morte avvenuta a Bologna il 19 luglio e vicinanza ai familiari della persona deceduta. Nel rispetto dell'attività della magistratura e degli accertamenti in corso, riteniamo doveroso richiamare l'attenzione sulla straordinaria complessità clinica, assistenziale e operativa delle emergenze comportamentali acute.

Una persona in stato di grave agitazione non è, per definizione, un "paziente psichiatrico". Alterazioni improvvise del comportamento possono dipendere da patologie mediche acute, delirium, trauma, ipossia o squilibri metabolici, intossicazioni e astinenze, disturbi neurologici o psichiatrici, oppure da più cause contemporaneamente. Spesso il paziente non è in grado di collaborare o di fornire informazioni attendibili; le decisioni devono quindi essere assunte rapidamente, in condizioni di incertezza e con rischi concreti per la persona, per gli operatori sanitari e delle Forze dell'Ordine coinvolti e per chi si trova nelle vicinanze. Chi interviene è spesso chiamato ad assumere decisioni in condizioni di elevata pressione temporale, sulla base di informazioni incomplete e in scenari ad alta complessità decisionale e operativa, caratterizzati da rapida evoluzione clinica e potenziale pericolo per tutti i soggetti coinvolti.

La tutela della persona in stato di agitazione, la sicurezza degli operatori e quella delle persone presenti costituiscono finalità complementari e devono essere perseguite contestualmente attraverso un approccio clinico e organizzativo integrato.

È questo il presupposto del documento di consenso pubblicato nel 2022 da AcEMC insieme al Coordinamento Nazionale Italiano SPDC, alla Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria e alla Società Italiana di Tossicologia. Quel documento afferma un principio essenziale: l'emergenza comportamentale deve ricevere cure tempestive, strutturate, multidisciplinari e basate sulle evidenze, con la stessa dignità riservata a ogni altra emergenza clinica. (EMERGENCY CARE JOURNAL, Vol. 18 No. 2 (2022) <https://doi.org/10.4081/ecj.2022.10609> - Management of acute behavioral disturbance in the Emergency Department: An Italian position paper from AcEMC, CNI-SPDC, SIP-Lo, SITOX).

Nessuna singola professionalità può governare da sola uno scenario di tale complessità. La sicurezza della scena, la valutazione clinica iniziale, l'esclusione di cause organiche o tossicologiche, la de-escalation, l'eventuale trattamento farmacologico, il monitoraggio e il trasporto devono essere parti di un unico percorso. Medici e infermieri dell'emergenza-urgenza, psichiatri, tossicologi e Centri Antiveneni, servizi per le dipendenze, Centrali 112/118, Forze dell'Ordine e personale della sicurezza devono operare con ruoli chiari, comunicazione continua e responsabilità definite.

Il primo obiettivo resta ottenere la collaborazione della persona mediante un approccio relazionale e tecniche di de-escalation. Quando ciò non è possibile e sussiste un pericolo grave e attuale, ogni misura coercitiva deve essere proporzionata, limitata al tempo strettamente necessario e accompagnata da immediata assistenza sanitaria e monitoraggio continuo. L'immobilizzazione fisica è una misura estrema e ad alto rischio: può compromettere respirazione e circolo, soprattutto in presenza di agitazione intensa, intossicazione, obesità o altre condizioni cliniche non ancora riconosciute. Per questo non può essere affidata all'improvvisazione, né separata dalla valutazione e dalla sorveglianza clinica.

La vicenda di Bologna non deve alimentare contrapposizioni semplicistiche tra istituzioni o professioni. Deve invece diventare l'occasione per colmare le disomogeneità organizzative ancora presenti nel Paese. Servono protocolli interistituzionali condivisi, criteri uniformi di attivazione e passaggio di consegne, disponibilità di spazi e dotazioni adeguate, simulazioni congiunte e revisione sistematica degli eventi critici. La formazione deve riguardare insieme sanitari e Forze dell'Ordine, perché la sicurezza nasce dalla conoscenza reciproca dei ruoli e dall'addestramento a operare come una sola squadra.

AcEMC auspica pertanto l'istituzione di un Tavolo tecnico nazionale, con il coinvolgimento dei Ministeri competenti, delle istituzioni sanitarie, delle Forze dell'Ordine e delle società scientifiche interessate, per definire raccomandazioni operative condivise e uniformi sull'intero territorio nazionale affinché la tutela della vita, la dignità della persona e la sicurezza di tutti gli operatori diventino elementi inseparabili di ogni intervento.

AcEMC garantisce fin da subito il proprio contributo, nell'ottica di una collaborazione tra istituzioni e società scientifiche, perché il nostro Paese possa dotarsi di linee guida operative e percorsi di formazione interdisciplinari.

31.08.2026

Il Consiglio Direttivo AcEMC