



[www.iss.it/stra](http://www.iss.it/stra)

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ  
DIPARTIMENTO AMBIENTE E CONNESSA PREVENZIONE PRIMARIA  
REPARTO AMBIENTE E TRAUMI

## OSSERVATORIO NAZIONALE AMBIENTE E TRAUMI (ONAT)

**Paola Carbone, Elisa Casini, Silvia Cimino, Luca Cerniglia, Anna Ferrari**

### **Adolescenti al Pronto Soccorso: la necessità di uno sportello per la prevenzione**

**[2005]**

Publicato in *Sicurezza stradale: verso il 2010*, a cura di Franco Taggi, Istituto Superiore di Sanità, Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, Roma 2005, pp. 79-84



***Il contenuto di questa pubblicazione può essere utilizzato citando la fonte nel modo seguente:***

Paola Carbone, Elisa Casini, Silvia Cimino, Luca Cerniglia, Anna Ferrari, "Adolescenti al Pronto Soccorso: la necessità di uno sportello per la prevenzione", in *Sicurezza stradale: verso il 2010*, a cura di Franco Taggi, Istituto Superiore di Sanità, Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, Roma 2005, pp. 79-84

## Adolescenti al Pronto Soccorso: la necessità di uno sportello per la prevenzione \*

Paola Carbone<sup>1</sup>, Elisa Casini<sup>2</sup>, Silvia Cimino<sup>3</sup>, Luca Cerniglia<sup>4</sup>, Anna Ferrari<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Psichiatra e psicoanalista Responsabile del 'Laboratorio di Prevenzione; i Giovani e gli Incidenti', Facoltà di Psicologia 2, Università di Roma 'La Sapienza'*

<sup>2</sup> *Psicologa, 'Laboratorio di Prevenzione; i Giovani e gli Incidenti', Facoltà di Psicologia 2, Università di Roma 'La Sapienza'*

<sup>3</sup> *Dottore di Ricerca, Facoltà di Psicologia 1, Università di Roma 'La Sapienza'*

<sup>4</sup> *Psicologo, Facoltà di Psicologia 1, Università di Roma 'La Sapienza'*

### Introduzione

L'adolescenza è una fase problematica dello sviluppo in cui disagi e sofferenze si esprimono attraverso modalità poco mentalizzate e incentrate sul corpo, in particolare con il ricorso ai comportamenti "agiti" (uso di sostanze, sport rischiosi, azioni autolesive, incidenti...) o a "disturbi somatoformi" (somatizzazioni, ipocondrie, dismorfofobie,...).

Gli adolescenti - che soffrono senza poterselo dire - raramente si rivolgono ad un servizio psicologico; accade, invece, che giungano presso le strutture sanitarie quando incidenti o presunte malattie li costringono a ricorrere al medico.

E' a partire dalla consapevolezza di queste dinamiche tipicamente adolescenziali che ci siamo proposti di aprire **uno spazio di ascolto in un Pronto Soccorso**: uno "Sportello per i Giovani"; riteniamo infatti che il Pronto Soccorso sia il luogo più adatto per incontrare i tanti ragazzi che esprimono le loro difficoltà attraverso il corpo (con traumi fisici o con lamentele somatiche) e che - pur avendone bisogno, non sono in grado di cercare un aiuto psicologico.

Nonostante la frequenza con cui i giovani usano i servizi di emergenza esistono pochi studi mirati alla comprensione di questo fenomeno (Lehmann C., Barr J., Kelly P., 1994; Rosso A.M., Pezzoni F., 1999; Nimnuan C. et al., 2001; Amitai Z., et al., 1998; Amitai Z. et al., 1999; Walker Z., Townsend J., 1998; Wilson K., Klein J., 2000; Bertolotti M. et al., 2001; Pennacchi D., Anticoli D., 2002). Da questi studi emergono dati abbastanza omogenei, infatti in tutti i paesi industrializzati il P.S. è molto utilizzato dai giovani e le **richieste** della maggioranza dei giovani utenti vengono valutate come **ripetitive e improprie**.

Perché - ci siamo chiesti - tanti giovani vanno al Pronto Soccorso? E, in oltre, è

\* Il presente lavoro è stato prodotto nell'ambito delle attività del progetto DATIS2, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e finanziato dal Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti.

## SICUREZZA STRADALE: VERSO IL 2010

davvero così 'impropria' la loro richiesta?

**Una ricerca-intervento al Pronto Soccorso**

Abbiamo costituito una piccola postazione al Pronto Soccorso dell'Ospedale Sant'Eugenio di Roma. Si tratta di uno Sportello per i Giovani a cui vengono indirizzati – grazie alla collaborazione del Personale Sanitario – **tutti giovani tra i 14 e i 24 anni** che giungono a quel servizio.

Gli **obiettivi** della nostra ricerca-intervento sono articolati in due fasi;

**Prima fase** (quella di cui il presente report) :

- 1) rilevare le caratteristiche psicologiche e relazionali dei giovani che si recano al P.S.
- 2) rilevare le caratteristiche psicologiche e relazionali dei giovani incidentati rispetto ai giovani che vanno al P.S. per altri motivi;
- 3) costruire , simultaneamente alla raccolta del campione clinico , un gruppo di controllo di adolescenti e giovani adulti selezionati casualmente dalla popolazione generale.

Nella **Seconda fase** ( non ancora realizzata) ci proponiamo di : 4) ampliare il campione clinico e portarlo a 500 soggetti ; 5) studiare le caratteristiche del sottogruppo di "alti utilizzatori" del Servizio di Pronto Soccorso; 6) rilevare l'eventuale presenza di specifici profili di rischio evolutivo nei giovani che si recano al Pronto Soccorso a causa di incidenti e/o somatizzazioni, confrontandoli con un gruppo di controllo

**Metodologia**

La scelta degli **strumenti** per la nostra ricerca-intervento è stata condizionata dalla necessità di utilizzare un metodo di lavoro che si fondasse sulla raccolta di due tipi di storia: una "clinica", costituita dai sintomi e dai segni somatici, l'altra "biografica", costituita dagli episodi e dai momenti significativi della vita del giovane. Il colloquio clinico in forma di intervista semistrutturata ci è sembrato il mezzo più idoneo.

L'**intervista semi-strutturata** da noi costruita (Carbone et al., 2004, 2005) indaga tre aree: socio-anagrafica, medico-anamnestica e psicologico-relazionale

Lo scopo del colloquio è duplice: da un lato ricavare informazioni preziose circa la vita del giovane e gli eventi che lo hanno condotto a chiedere aiuto; dall'altro, fornirgli l'opportunità di esprimersi ,di riflettere su di sé ed elaborare quanto accaduto; in sintesi : **promuovere un modo di pensare "altro" che si realizza grazie all'ascolto di un "Altro"**.

Al colloquio è stato affiancato un **questionario psicodiagnostico di autovalutazione (SCL-90R)** (Derogatis, 1994); i dati relativi a questo strumento saranno presentati e discussi nella seconda fase dello studio.

**Le modalità dell'incontro: quale setting in un Pronto Soccorso?**

Creare **lo spazio** per un dialogo intimo e profondo nel flusso vorticoso di un reparto d'emergenza è piuttosto arduo . L'accordo con il Sant'Eugenio prevede che lo 'psi' di turno ( psichiatra o psicologo clinico) stia con gli infermieri al Triage e prenda nota dei dati anagrafici e anamnestici dei giovani pazienti . Lo stesso 'psi' è autorizzato a seguire il giovane nella Sala Visita e ad assistere alla

visita medica. Finita la visita medica il Medico presenta al ragazzo lo 'psi' e propone il colloquio clinico come una prassi del Pronto Soccorso; a questo punto sta allo 'psi' presentarsi e informare il ragazzo del motivo per cui gli viene proposto il colloquio. I ritmi frenetici e il sovraffollamento che caratterizzano ogni Pronto Soccorso sono ben noti, ma grazie alla collaborazione dei Primari, abbiamo la possibilità di usufruire di una stanza dove incontrare i ragazzi, nonostante le difficoltà logistiche.

Ma il concetto di setting, oltre che evocare uno spazio protetto, rimanda anche a un tempo definito:

**Il tempo** dei nostri incontri al P.S. è un po' speciale; si tratta di incontri che molto probabilmente non si ripeteranno e che rappresentano un'occasione unica per l'adolescente, un'occasione che va 'presa al volo' perché potrebbero non presentarsi ulteriori possibilità di dialogo. Proprio questa unicità ci obbliga a non trascurare nulla e ad aprirci ad un ascolto ampio, che non tralasci niente della comunicazione verbale e non verbale; un ascolto che non ha fretta di giudicare o di catalogare l'adolescente in categorie diagnostiche, ma che attivi la pensabilità dell'evento somatico in gioco e eventualmente una richiesta di aiuto. Le coordinate spazio-temporali del nostro setting, molto diverse da quelle del P.S., possono segnare una traccia costruttiva nella memoria dell'adolescente e contrastare l'uso coattivo e ripetitivo, stile "mordi e fuggi". *:" Ma questo che ospedale è? - chiede stupito Franco - No, perché li ho girati tutti, faccio spesso incidenti... Però questo colloquio mi è servito, mi è stato utile spiegarli. Perché... i medici hanno le cartelle cliniche, ma voi avete le cartelle di vita!"*

#### **Presentazione dei dati emersi dall'intervista semistrutturata**

I dati emersi dall'intervista semi-strutturata sono puramente descrittivi; sulla base delle affermazioni dei ragazzi è stato possibile individuare alcune categorie di risposta che consentono una lettura più immediata delle caratteristiche del nostro campione e in particolare del sottogruppo di ragazzi incidentati.

Il **Campione**, definito **Gruppo Clinico**, è costituito da **208 soggetti (aa14-24)**, che si sono recati negli ultimi sei mesi al Pronto Soccorso dell'Ospedale S. Eugenio di Roma..

In questa Prima fase di elaborazione dei dati ci concentreremo sui **208 soggetti del Gruppo Clinico**. **Composizione del Gruppo C.**: Sesso: N122 maschi (59%) e N 86 femmine (41%); Fasce d'età: aa.13-16 (N=49; 24%); aa. 17-24 anni (N=159; 76%).

**Le principali caratteristiche del Gruppo C.** e le sue motivazioni d'accesso al P.S. **Codice di accesso** attribuito al Triage è in netta prevalenza (95%) quello *verde* (casi con urgenza differibile).

**Frequenza degli accessi:** Il 74% (N=153) dei soggetti del Gruppo C si è rivolto più volte negli ultimi due anni al P.S., mentre il 26% (N=53) è al suo primo accesso.

**Motivo dell'accesso** al Servizio è un incidente per il 61% dei soggetti (N=127) e per il restante 39% (N=80) da altre motivazioni (sintomi organici, sintomi non

## SICUREZZA STRADALE: VERSO IL 2010

organici, altro).

**Causa dell'evento** ; l'attribuzione della causa è per il 64% (N=132) "esterna" ("mi vengono sempre addosso!") ed è "interna" ("ero arrabbiato") per il 28% (N=59). Il 66% (N=137) dei soggetti del Gruppo C si trovavano al Servizio di P.S. accompagnati da qualcuno, mentre il 27% (N=56) era solo.

**Stato d'animo precedente** : Il 63% (N=131) riferisce uno stato d'animo "turbato" (nervoso, irritato, 'strano',...) al momento del verificarsi dell'incidente o della problematica causa del loro rivolgersi al Servizio, mentre il restante 37% (N=77) dei soggetti descrivono uno stato "sereno".

**Problemi negli ultimi mesi** : Gli ultimi mesi sono valutati "in miglioramento" dal 23% (N=49); "in peggioramento" dal 43% (N=89); "stazionari" dal 17% (N=35); con "alti e bassi" dal 15% (N=31).

#### Il sottogruppo di giovani con incidenti

Riportiamo di seguito le principali caratteristiche individuate nel sottocampione degli adolescenti che si sono rivolti al servizio di Pronto Soccorso in seguito ad incidenti.

**Composizione**: Il sottogruppo costituito dagli adolescenti incidentati (61%; N=127) è composto da 86 maschi (68%) e 41 femmine (32%), di cui il 23% (N=29) appartiene alla fascia di età dei 13-16 anni, mentre il restante 77% (N=98) appartiene alla fascia di età dei 17-24 anni. E' composto da 84 studenti (67%), 35 lavoratori (28%) e 6 soggetti (5%) che al momento della rilevazione non hanno occupazione.

**Codice di accesso** attribuito al Triage è in netta prevalenza (88%) quello *verde* (casi con urgenza differibile).

**Tipologie di incidente**: incidenti stradali (N=64; 50%), incidenti domestici (N=38; 30%) e incidenti sportivi (N=25; 20%).

**Frequenza degli accessi**: Il 75% (N=95) dei soggetti incidentati negli ultimi due anni si era già più volte recato al P.S., mentre il 25% (N=32) era al suo primo accesso.

**Causa dell'evento**: Il prodursi dell'incidente era attribuito ad una causa "esterna" nel 68% (N=81) dei soggetti incidentati ed "interna" per il 32% (N=38).

**Stato d'animo precedente**: Il 41% (N=51) dei soggetti incidentati definisce "sereno" lo stato d'animo precedente al verificarsi dell'incidente, mentre il restante 59% (N=74) riferisce uno stato d'animo "turbato".

**Problemi negli ultimi mesi** : Gli ultimi mesi sono valutati "in miglioramento" dal 46% (N=58); "in peggioramento" dal 22% (N=27); "stazionari" dal 18% (N=23); con "alti e bassi" dal 14% (N=17).

#### Commenti

La nostra ricerca è in corso, molti dati devono essere ancora raccolti e integrati e quindi preferiamo non parlare di conclusioni, ma di semplici commenti.

I dati della Prima Fase della nostra esperienza ci danno -pur nella loro semplicità- delle indicazioni molto interessanti.

Il primo dato interessante è l'**entità dell'afflusso**: nel P.S. del S.Eugenio transitano più di 8000 ragazzi all'anno, il 12% della popolazione generale. Cosa spin-

ge tanti giovani – proprio coloro che dovrebbero godere della migliore salute – al P.S.?

Il quadro che emerge, in gran parte in linea con la letteratura internazionale, ci conferma che le motivazioni principali che spingono tanti giovani al P.S. sono conseguenze di agiti ( incidenti di vario tipo, ma soprattutto stradali ) o crisi di ansia somatizzate.

La tendenza a **proiettare all'esterno la responsabilità** degli eventi è molto elevata ( 68% per gli incidentati , il 64% nei casi di somatizzazione) e rappresenta un fattore di rischio rispetto alla ripetizioni di comportamenti disfunzionali , infatti questi ragazzi non apprendono dall'esperienza ( dell'incidente, del malessere...), perché tendono a considerarsi vittime degli eventi (è *'colpa degli altri'*, della *'jella'*,...)

Ma il dato che ci sembra più interessante sottolineare è che ben il 75% dei giovani incidentati ha riferito di aver avuto precedenti esperienze di accesso al Pronto Soccorso, esperienze tra l'altro molto spesso numerose e recenti . La ripetitività nella richiesta degli accessi configura una categoria di **"alti utilizzatori"** del servizio d'emergenza. Questo dato, associato a quello relativo alla predominanza di **"codici verdi"**, ci consente di evidenziare come tanti ragazzi facciano un uso apparentemente inappropriato del servizio stesso.

Fino a qui i nostri dati sono in linea con quelli della – purtroppo scarsa - letteratura internazionale. Il nostro punto di viste diverge invece sulla loro interpretazione e non concordiamo con quanti rimproverano ai ragazzi di usare male il P.S.: sono davvero inappropriate le loro richieste o – piuttosto - sono inappropriate le risposte del S.S.N.?

Non ci sembra che il problema sia che i giovani sovraccaricano inutilmente un servizio che avrebbe ben altri compiti; il problema è che i ragazzi continuano a tornare e forse ritornano perché non hanno ricevuto una risposta adeguata.

Il servizio d'emergenza – colludendo con le dinamiche psicologiche dei giovani – sposta continuamente il focus delle richieste sul piano fisico, con la conseguenza che i tanti adolescenti che somatizzano o agiscono non trovano nessuno disposto a interpretare il loro vero bisogno e allora – spesso – giocano al rialzo, ripetendo in modo coattivo il comportamento o il sintomo.

Quando il medico del P.S. cura una lesione senza porsi il problema del perché si sia prodotta – e addirittura, senza chiedersi come mai quel ragazzo sia al terzo o al quarto incidente! – oppure quando congeda un giovane paziente con la faticosa frase "non hai niente", conferma al suo giovane interlocutore che non c'è proprio speranza di essere capiti e quindi che ciò che sta avvenendo non è né comprensibile, né controllabile.

Se le consultazioni mediche non promuovono la consapevolezza rischiano di rappresentare uno stimolo iatrogeno, perché per i ragazzi rappresentano il fallimento della speranza di essere aiutati; e infatti i ragazzi se ne vanno apparentemente rassicurati : ma per quanto?

Il nostro progetto pilota poggia sulla convinzione che se i ragazzi vanno a portare le loro ferite reali o immaginarie proprio al P.S. , noi dovremmo essere lì per

## SICUREZZA STRADALE: VERSO IL 2010

accoglierli; e allora **la struttura d'emergenza diverrebbe un luogo fondamentale per la prevenzione** di tanti disturbi del processo evolutivo.

E' comprensibile che tanti giovani vadano proprio al Pronto Soccorso: è una struttura anonima che grazie alla sua organizzazione e al suo nome rassicurante ben si presta a sostenere la proiezione di una salvezza "mordi e fuggi", l'illusione pericolosa del "tutto e subito". Meno comprensibile è la difficoltà degli adulti di interrompere questo gioco collusivo; in fondo sarebbe facile, basterebbe chiedere al ragazzo: "come stai?".... sempreché, naturalmente, si voglia correre il rischio di ascoltare la risposta.

## BIBLIOGRAFIA

- Amitai, Z., Boulet, J. R., Slap, G. (1999), "Utilization of physician offices by adolescents in the United States". *Pediatrics*, 104, n°1, 35-42.
- Amitai Z., Boulet J., Slap G.(1998), "Emergency department utilization by adolescents in the United States". *Pediatrics*, 101, 987-994.
- Bertolotti M., De Cesaris M., Pecco P., Canadese F., Isaia G. (2001), "Difficoltà degli operatori sanitari e difficoltà degli utenti a confronto, per migliorare la qualità di un Servizio di Pronto Soccorso". *Psicologia della Salute*, 2, 95-108.
- Carbone P., De Simone M., Martelli Venturi I., Mosconi M. (2004), "Agire e somatizzare in adolescenza: uno studio empirico in un Servizio di Pronto Soccorso". *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 71, 653-664.
- Carbone P., Ferrari A., Martelli Venturi I., Mosconi M., (2005), "Psichiatria di consultazione e adolescenti; una ricerca intervento al pronto soccorso". *Psichiatria di consultazione*, vol. VIII, n. 3/4, 242-247
- Carbone P., Ferrari A., Martelli Venturi I., Mosconi M., (2005) "Adolescenti al Pronto Soccorso, uno Sportello per i Giovani", in *ADOLESCENZE*, percorsi di psicologia clinica, Magi editore, Roma.
- Derogatis L. (1977), *SCL-90-R. Symptom Checklist-90-R*, Minneapolis, National Computer System.
- Garcia J., Luaces Cubells C., Garrido Romero R., Pou Fernandez J. (2001), "Enfermadades del adolescente en el servicio de urgencias". *Anales espanoles de pediatria*, 54, 238-242.
- Groove D., Lazebnik R., Petrack E. (2000), "Urban emergency department utilization by adolescents". *Clinical pediatrics*, 39, 479-483.
- Lehmann C., Barr J., Kelly P. (1994), "Emergency department utilization by adolescents". *The journal of adolescent health*, 15, 485-490.
- Nimnuan, C., Hotopf, M., Wessely, S. (2001), "Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialities". *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 51 n.1, p.361-367.
- Pennacchi D., Anticoli D. (2002), "La gestione delle ansie in Pronto Soccorso". *Atti del Convegno*, Lodi, 15 Giugno 2002.
- Rosso, A.M., Pezzoni, F. (1999), "L'urgenza psichiatrica in adolescenza: l'intervento in ambito ospedaliero". *Adolescenza*, 10, pp. 293-304.
- Waddel M. (1994), "La valutazione degli adolescenti. Il problema di cominciare a poter pensare", in *Un buon incontro. La valutazione secondo il modello Tavistock*, Quagliata E., Roma, Astrolabio-Ubaldini.
- Walker, Z., Townsend, J. (1998), "Promoting adolescent mental health in primary care: a review of the literature". *Journal of adolescence*, 21, pp. 621-634.
- Wilson K., Klein J. (2000), "Adolescents who use the emergency department as their usual source of care". *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 154, 361-365.