

Marco Matteoli

# La Medicina della Povertà

Il vademecum di un medico volontario



*Parte del ricavato del libro verrà devoluto ad associazioni di volontariato che supportano attività rivolte ai senza fissa dimora*

*Marco Matteoli*

***La medicina della povertà***  
*Il vademecum di un medico volontario*

**Foto di copertina:** *“No Angel’s Land”*

Foto scattata in un campo irregolare di migranti nel 2014.

***Ai colleghi e futuri colleghi:***

*“Anche se tutto il mondo vorrà farci credere il contrario, non smettiamo mai di credere nella bellezza della nostra professione, e soprattutto nel bene che essa rappresenta”.*

***A chi dona il proprio tempo ad aiutare chi ha bisogno:***

*“Anche se la via della benevolenza sembra spesso buia e piena di difficoltà, non smettete mai di percorrerla, e che possano i vostri occhi aprirsi nell’oscurità per vedere le piccole luci sul vostro cammino”*

La Medicina della povertà  
©Copyright 2016 Marco Matteoli  
Deposito SIAE n.2016002339  
Libro pubblicato dall’autore  
Stampato in Italia presso Thefactory  
I edizione Febbraio 2016  
Ristampa 1 2  
Libro disponibile anche in formato Ebook: ISBN 978-88-923-1180-0

# INDICE

Prefazione.....	7
<b>PARTE 1 - I SENZA FISSA DIMORA</b>	
Umanità invisibile: <i>L'esperienza su strada come medico volontario</i> .....	11
Le malattie della povertà su strada: come prepararsi, vederle e curarle.....	17
Le mille definizioni della povertà.....	18
Il concetto di “medical intelligence” applicato alla strada.....	20
La panoramica delle patologie su strada.....	23
Malattie infettive e dermatologiche.....	26
Malnutrizione e patologie croniche.....	28
Il problema della terapia e gestione del dolore.....	29
La borsa medica e l'equipaggiamento da portare nei servizi..	33
Il problema dell'alcool.....	36
Il paziente ipotermico.....	38
Gestione della violenza dal punto di vista sanitario.....	41
La violenza su strada.....	41
L'effetto “Lucifero”.....	44
Violenza sessuale ed IPV (Intimate Partner Violence).....	46

## **PARTE 2 - I TRANSITANTI**

Il bambino scalzo: <i>L'esperienza da medico volontario nei campi di transito</i> .....	53
Assistenza sanitaria nei campi di transito.....	61
Sindrome di Salgari ed “effetto migrante sano”.....	62
Le malattie della povertà nei campi di transito.....	62
Il problema “malattie infettive e scabbia”.....	63
Sorveglianza sindromica ed isolamento.....	65
Le patologie di non usuale riscontro.....	66
Diagnostica su cute nera.....	67

## **PARTE 3- I MIGRANTI**

Per mare e per terra: <i>Esperienza come medico volontario sulle navi della Marina Militare Italiana in Operazione Mare Nostrum</i> ....	73
L'assistenza sanitaria in mare.....	77
L'organizzazione di un evento S.A.R (Search And Rescue)...	77
I dispositivi di protezione individuale.....	78
Le difficoltà nell'approcciare un paziente dalla differente cultura.....	79

## **PARTE4- LA POVERTA' NEI TEATRI DI GUERRA**

Castelli di sabbia e valli di smeraldo: <i>Esperienza come medico militare in Afghanistan</i> .....	87
Le malattie della povertà nei teatri di guerra.....	95
Appunti sulla situazione sanitaria in Afghanistan.....	95

Traumi da esplosione.....	96
Ustioni e lesioni termiche .....	98
Il cuore irritable dei superstiti.....	99
I bambini e la guerra.....	103
Le esperienze dei bambini nei teatri di guerra.....	103
I bambini soldato .....	105
Il commercio dei bambini.....	106
Il viaggio dell'eroe: <i>il volontariato come scelta consapevole</i> ...	109
<b>ALLEGATO 1:</b> Le fasi di un servizio itinerante di assistenza sanitaria per i senza fissa dimora.....	117
<b>ALLEGATO 2:</b> Un esempio di borsa medica da portare nei servizi su strada.....	119
<b>ALLEGATO3:</b> Dizionario dei termini medici usati nel libro.....	123



## **PREFAZIONE**

Scrivo questo libro un po' come un "diario di viaggio", per tutti i medici e i sanitari che ad un certo punto del loro cammino vogliano prenderne spunto, per percorrere i passi di una medicina diversa dal semplice reparto o studio.

In parte scrivo questo libro come un "vademecum" di carattere divulgativo, per tutti coloro che vogliano nozioni di carattere scientifico su cosa ci si può trovare davanti quando calpestano le strade oscure di un marciapiede alla ricerca di senza fissa dimora, o in servizi a favore dei vulnerabili, ovunque siano.

Scrivo questo libro per chi è convinto che essere medici non sia solo cultura e somministrazione di medicine o esecuzione corretta di tecniche chirurgiche, ma soprattutto aiutare chi ha bisogno di aiuto, e nel momento in cui un uomo aiuta un altro uomo in difficoltà, sia fisica, che morale, diventa egli stesso un medico.

Se è vero che chi sceglie di aiutare gli altri, sia con la propria professione, che con il proprio volontariato, percorre una strada spesso buia e incerta, è assolutamente vero che se nel mondo anche solo una persona riesce ad imparare, a crescere e a brillare un po' di più, nel mondo intero vi è meno oscurità ... è la mia speranza, ed uno dei principali motivi che mi ha spinto a scrivere questo libro.



## L'AUTORE

Il Dott. Marco Matteoli, nato a Fondi (LT) nel 1984, si è laureato in Medicina e Chirurgia all'Università di Roma "Sapienza" e specializzato in Radiodiagnostica sempre a Roma nel 2015. Dal 2009 medico volontario della Croce Rossa Italiana, per la quale svolge prevalentemente attività sanitaria ed umanitaria su strada a favore dei senza fissa dimora e nei campi di transito per immigrati. Appassionato della professione medica a tutto tondo, dalla radiologia, alla medicina ambulatoriale, alla medicina d'urgenza, in qualità di Ufficiale medico del Corpo Militare e della componente civile della Croce Rossa Italiana ha partecipato a varie missioni sia italiane che estere, tra le quali il terremoto d'Abruzzo del 2009, Operazione Mare Nostrum ed operazione Triton. Ha inoltre supportato il team sanitario della Marina Militare Italiana sulla portaerei Cavour durante il periplo dell'Africa nell'operazione "30° gruppo navale Italia in movimento", e nel 2015-2016 ha concorso come ufficiale medico dell'ospedale da campo Role 1 e come addetto al controllo e potabilizzazione della filiera idrica nel campo militare di Herat, Afghanistan, nell'operazione Resolute Support.

### **Contatti**

Email: [marcomatteoli@email.it](mailto:marcomatteoli@email.it)

Linkedin: <https://www.linkedin.com/profile/view?id=159223028>

<http://www.lamedicinadellapoverta.com>

-PARTE 1-

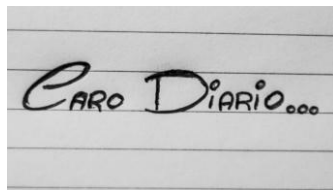
# I SENZA FISSA DIMORA

---

*<<La vita, la sventura, l'isolamento, l'abbandono, la povertà, sono campi di battaglia che hanno i loro eroi, eroi oscuri a volte più grandi degli eroi illustri>>*

*Victor Hugo*

**UMANITA' INVISIBILE**  
L'esperienza su strada come  
medico volontario



*<<È inutile avere le mani pulite se poi si tengono in tasca>>*

*Don Andrea Gallo*

Da un certo punto di vista, il volontariato, indipendentemente dal tipo di associazione di appartenenza, è una sorta di cammino, di viaggio, metaforicamente è un po' come il viaggio di Dante attraverso i mondi dell'oltretomba, o quello di Jules Verne al centro della terra: alcuni esploratori restano in superficie, accontentandosi di una "visione superficiale", mentre altri raggiungono livelli più profondi, sede di consapevolezze più complete. Non necessariamente nel viaggio si trova ciò che si cerca all'inizio, non sempre gli ideali/aspettative di partenza sono esauditi durante questo tipo di percorso, anzi, nella maggior parte dei casi, è un viaggio piuttosto breve. Una volta un mio amico mi disse "mollo questo volontariato perché non rispecchia più gli ideali in cui credo". Molto spesso dobbiamo cercare di "essere" l'ideale in cui crediamo, più che cercarlo negli altri. Personalmente ho conosciuto molte persone da cui ho tratto esempio, e che per me rispecchiavano all'inizio l'archetipo dell'eroe; il denominatore comune tra queste persone è che c'è stato un momento in cui il mito è caduto, com'è normale che sia, siamo tutti umani in fondo. In ogni caso, che sia breve o lungo, un genere di viaggio che porta anche solo una volta

conforto a chi ne ha bisogno, merita comunque di essere percorso, o per lo meno, questa è una mia convinzione.

Da circa metà del 2009 occupo parte delle mie attività di volontariato come medico per una piccola fetta della popolazione che si può trovare per le strade, una popolazione dai molti nomi: clochard, senza fissa dimora, barboni, miserabili, invisibili.

Chi conosce una grande città come Roma, sa che ogni quartiere ha un'atmosfera e modi di vivere differenti rispetto un altro, così la strada ha in seno molti micro mondi, spesso divisi e distinti, spesso amalgamati tra di loro, e all'interno di questi micro mondi ho conosciuto molti individui diversi, dall'extra-comunitario che non riesce ad integrarsi, all'alcolizzato, al disperato... molto spesso il nostro assistito può anche racchiudere queste tre caratteristiche. Tra le prime cose che mi sono balzate agli occhi quando da neo-laureato in medicina ho iniziato ad avvicinarmi a questo mondo, è stata proprio la propensione all'alcool di molti di questi individui; molti lo fanno per non sentire il dolore, per non essere tristi, molti perché un cartone di vino può costare meno di una bottiglia di acqua. Molti hanno gli occhi di coloro che hanno perso la speranza: riconosci subito questo tipo di persone, poiché quando li guardi bene negli occhi, vedi spesso i resti di un'anima divorata; altri non hanno abbastanza senno per avere speranza; altri lo fanno per scelta, e questi ultimi sono quelli che trovo più interessanti, perché ti mettono di fronte ad una mappa della realtà apparentemente assurda. I nomi che scriverò di seguito saranno tutti di fantasia, nel rispetto dei nostri amici.

In questi micro mondi si celano spesso delle persone particolari, più interessanti di quanto non si creda, come "Franco", il parcheggiatore di piazza Venezia. Una volta, proprio "Franco" mi mostrò un documento

stampato nel 1980, che costituiva un atto di legittimazione al lavoro di “ambulante” e mi descrisse un tempo in cui il lavoro su strada aveva la sua dignità, come il lustrascarpe, il giocoliere, il saltimbanco, il parcheggiatore, un’idea di libertà che spesso cozza con la rappresentazione di libertà data dalle nostre credenze collettive, o per lo meno dalle mie.

Sempre a piazza Venezia da anni ci sono i nostri assistiti preferiti, come “Alfredo”, un brav’uomo quasi completamente sordo che ama chiacchierare con noi volontari (conversazioni esilaranti molto spesso), e che con il tempo è stato tappa fissa, oppure “Hassam”, un indiano che personalmente ho seguito fin dai primi tempi per una forma di Sifilide secondaria, conosciuto anche per il suo spirito combattivo, necessario ad un Clochard che vive in zone di Roma come piazza Venezia; non di rado abbiamo dovuto medicargli ferite da combattimento come traumi cranici o ecchimosi. Dicevo appunto che c’è stato un tempo in cui “Hassam” è stato affetto da Sifilide secondaria, quella fu per lui e per noi una sfida difficile da gestire su strada, sono state necessarie varie ospedalizzazioni per la somministrazione degli antibiotici e le terapie del caso. Un altro personaggio interessante lo abbiamo soprannominato “il Folletto”, un clochard australiano che abbiamo incontrato a via del Corso qualche anno fa, un piccolo uomo, alquanto sporco, che andava in giro con un grosso strumento a fiato, del che si divertiva a suonare per noi. “Il Folletto” rientra tra i clochard che stanno su strada per scelta, una volta mi pose forse la domanda più difficile del mondo, ovvero “sai come si fa per essere felice?”, e mentre nella mia testa stavo facendo la mia “ricerca transderivazionale” per trovare una risposta, “il Folletto” mi

illuminò con la sua, ovvero “devi guardare il sole”, spalancando gli occhi e puntando il cielo...una risposta piena di spunti su cui riflettere. Chiacchierando con persone più vecchie di me, ho scoperto che la crisi dei nostri giorni, non è dissimile, anzi, molto meno dura di quella degli anni 20 e degli anni 40; differente forse poiché attualmente non siamo in grado di gestire un sacrificio fisico o morale, com'erano in grado di farlo i nostri predecessori (o per lo meno a detta loro...), abituati ed assuefatti ad una vita di comodità, ed immersi come siamo, in pagine senza fine di diritti o presunti tali, figli, secondo qualcuno, di “un’apocalisse minore”.

Nessuno è più povero o infelice, di chi prima ha sperimentato una dimensione di ricchezza e felicità ed ha innalzato i propri standard, per vederli poi abbattuti in qualche modo. Forse questo è anche il motivo per il quale i poveri più infelici sono quelli diventati tali, non quelli nati in povertà: non a caso, guardando negli occhi questi ultimi, si vede una luce più viva, un bagliore non presente in altri, in questi clochard, un sorriso sdentato emana più luce di quanto non si possa immaginare. Una riflessione curiosa che ho fatto spesso su strada, è che spesso la Bellezza può celarsi in luoghi assolutamente inusuali, per la strada ho incontrato il cane dagli occhi più dolci mai visti, si chiamava Nukka, un bastardino di una coppia di assistiti che dalla zona porta cavalleggeri si sono spostati per un periodo dentro la stazione S. Pietro. Nukka era una cagnolina dolcissima, che si lasciava accarezzare senza problemi da noi volontari, che, spesso dando via a specifiche raccolte fondi, cercavamo sempre di e portarle qualcosa da mangiare.. Era tra i cani meglio tenuti che abbia visto su strada, e parecchie volte avrei avuto voglia di prenderla e portarla via da lì, ma poi pensavo che in

nessun altro posto sarebbe stata felice come in quella famiglia, benché miserabile.

Un'altra assistita molto curiosa che seguiamo dal 2009 è "Mafalda", una clochard di quasi ottant'anni, che da circa cinquanta vive per strada; questa donna più volte ha sfidato le mie convinzioni mediche, visto che da più di cinquant'anni, oltre a dormire dentro uno scatolo di cartone, fuma un pacchetto di sigari al giorno e gode tutto sommato di buona salute (bronchite cronica a parte ...); molto caparbia, passa quasi tutto il giorno a pulire il piazzale dove "dimora" con il suo lungo scopettone e non disdegna di accettare da parte nostra un pasto caldo ed un bicchiere di the quando passiamo, sorridendoci con la sua bocca sdentata.

*<<Una vita dedicata a nulla di più grande di se stessi è una vita molto  
povera>>*

*MARTIN E.P. SELIGMAN*

Un discorso un pochino diverso va fatto per i nomadi, chiamati anche ROM, Zingari, zigani, zingani o gitani, che sono termini usati per indicare un insieme di diverse etnie originarie dell'India settentrionale ed accomunate, almeno in passato, dall'uso di un idioma comune, il romaní. Quella popolazione, con una cultura affascinante, tradizionalmente si spostava da un luogo all'altro, per esempio dall'Andalusia alla Bulgaria o alla Romania, portando informazioni e l'influsso di differenti culture. Inutile dire che al giorno d'oggi, tale ruolo non esiste più, e quelli che in linea di principio dovrebbero spostarsi, in realtà rimangono stabilmente insediati in campi, a volte abusivi, a volte regolari. Gli zingari si sono stabiliti in Europa nel

corso dell'epoca medievale e diffusesi, in tempi più recenti, anche in altri continenti<sup>1</sup> Per un periodo ho fatto servizio dentro quei campi come medico volontario, ed ho visto le differenti regole dentro queste “strutture”: ho visto che alcuni sono strettamente territoriali, e ciascuno ha la propria zona, alcuni poveri nella sporcizia più immonda, altri puliti in case quasi lussuose con figli educati ed istruiti.

Benché i ROM con cui ho avuto a che fare avessero differente nazionalità, come Montenegro, Jugoslavia, Bosnia, Kosovo, Romania, Bulgaria, quello che li accomunava è il fatto di non avere un temperamento facile da gestire, con grosse difficoltà anche dal punto di vista sanitario. Ciò che da subito mi è risultato evidente era la trascuratezza di alcuni e uno stato igienico pessimo, molto spesso mi sono trovato a trattare infezioni del tratto respiratorio, o genito-urinario, ustioni, traumi, ascessi e patologie dermatologiche. La parte complicata era gestire il loro modo insistente di chiedere farmaci e alimenti, spesso superiore alle effettive possibilità di erogarli.

Dentro un campo, l'unico modo per non subire “brutti scherzi”, è fare in modo che tutti sappiano che sei amico, o comunque conoscente del “portavoce”, spesso l'uomo più istruito del campo, lo si riconosce, perché spesso, in taluni campi, la tradizione vuole che porti una fascia rossa attorno alla vita, il simbolo del suo status. Non poche volte siamo stati trattati in maniera “non propriamente gentile” dai ROM durante i servizi, spesso perché con tutta probabilità non siamo stati in grado di creare un rapporto inter-personale adeguato.



## **Le malattie della povertà su strada: come prepararsi, vederle e curarle.**

*<<Mia madre mi disse: ‘se decidi di essere un prete diventa il Papa, se decidi di fare il soldato, diventa generale’. Io ho deciso di essere un pittore, e sono diventato Picasso>>*

*Pablo Picasso*

Come accennato nel primo capitolo, questo libro può essere letto in vari modi, in base al grado di approfondimento che si vuole raggiungere, dal livello superficiale, accessibile a chiunque, a quello profondo, che richiede un certo “background sanitario”, e come in un *viaggio al centro della terra*, ogni macro-argomento inizia con una parte “esperienziale” per poi scendere più nel dettaglio nei capitoli successivi, e come il viaggio di Dante attraverso l’Inferno, dove nel finale ritorna a rivedere le stelle<sup>2</sup>, così l’ultimo capitolo torna ad avere un linguaggio di tipo “superficiale” ed accessibile a tutti.

In questa parte del libro scendiamo già un pochino in profondità, tuttavia questo libro non ha la minima presunzione di avere l’accuratezza ed il grado di approfondimento di un testo accademico, vuole piuttosto essere un vademecum basato sulle evidenze, per i colleghi che vorrebbero esplorare gli aspetti sanitari della medicina su strada, ma che per qualche motivo si sentono “frenati” dal farlo.

Per semplificarci la vita, nei capitoli che seguiranno, parleremo delle implicazioni sanitarie che riguardano tre categorie di poveri: i “senza fissa dimora”, i “migranti” e i “poveri che vivono in aree di guerra”;

non perché siano più importanti, ma solo perché sono quelli con cui ho avuto esperienza diretta.

### Le mille definizioni della povertà

Come direbbe Claudio Belotti<sup>3</sup>, uno dei miei più grandi maestri, povertà, da punto di vista linguistico possiamo definirla come “qualcosa che non puoi mettere dentro un cesto”, ovvero una nominalizzazione di un concetto che, di fatto, non è concreto, e questo è uno dei motivi per i quali è difficile definire la povertà. Un'altra cosa che Claudio mi direbbe quando parlo di un “povero”, sarebbe “povero rispetto chi?” un professionista che guadagna 2000 euro al mese è certamente ricco rispetto un pensionato che vive con 500-700 euro al mese, ma è povero se paragonato ad un magnate del commercio che vive con 30.000 euro al mese.

Come accennato, non esiste un solo tipo di povertà, anzi, si può citare Majid<sup>4</sup>, ministro della scienza ed istruzione Iraniana negli anni settanta, che affermava che ci sono tante percezioni di povertà, e tanti poveri quanti gli esseri umani; molto difficile definire “la povertà” dal punto di vista letterario, tanto che nel mondo arabo identificano otto livelli di povertà:

- 1) Perdita dei risparmi.
- 2) Perdita delle attività e delle proprietà a causa di siccità o altri disastri naturali.
- 3) Obbligo di vendere i propri beni voluttuari.
- 4) Possibilità di mangiare solo il pane più economico.
- 5) Indisponibilità di cibo.
- 6) Indisponibilità di beni da vendere per acquistare il cibo.
- 7) Stato di degradazione e umiliazione.
- 8) Povertà estrema.

Lisan al-‘arab definiva la povertà come *“l’incapacità di un individuo di soddisfare i propri bisogni fondamentali e quelli delle persone a carico”*. Vi è poi il concetto di “povertà relativa” che si configura, qualora il soggetto che ha vissuto nel lusso finisca in una condizione di “ricchezza media” per la popolazione in cui vive, e a causa di quello sperimenta uno stress maggiore rispetto i suoi pari, pur essendo secondo gli standard medi di ricchezza un “non povero”<sup>5</sup>. Dal punto di vista abitativo “i poveri” possono essere persone in strada o in sistemazioni di fortuna, in dormitori o strutture di accoglienza notturna, ospiti in strutture per senza dimora, immigrati, rifugiati, donne vittime di violenza, persone in attesa di essere dimesse da istituzioni, possono vivere in sistemazioni non garantite, a rischio di perdita dell’alloggio o a rischio di violenza domestica, possono vivere in alloggi impropri, in strutture non rispondenti agli standard abitativi comuni, o in situazioni di estremo sovraffollamento.<sup>6</sup>

La Banca Mondiale offre una definizione più snella di povertà (World Development Indicators 2009), etichettando come povero, un individuo con reddito annuo inferiore o uguale a 935 dollari, circa 2.5 dollari al giorno; in questa definizione la “Georgetown University’s Center for Economic Research” ha stimato nel 2008 ben 2,44 miliardi di poveri in tutto il pianeta, dei quali 650 milioni circa solo in Africa.

Più volte si fa l’equazione “individuo materialmente povero = vulnerabile”, il che è certamente vero in talune situazioni, ma come s’insegna nei corsi da operatore sociale generico (tipologia di corso di formazione erogato dalla Croce Rossa Italiana ai volontari che vogliono svolgere servizio a favore dei vulnerabili), vi sono molte sfumature di grigio in questo postulato: il povero che è sempre stato povero e ha creato una sua struttura sociale<sup>7</sup>, in taluni casi può

dimostrarsi molto meno vulnerabile rispetto un “nuovo povero”, un esempio che si fa spesso nei corsi è il reduce di un terremoto/alluvione, che il giorno prima viveva una vita tranquilla nella sua casa e che il giorno dopo si è trovato su strada. Questo tipo di poveri saranno certamente più vulnerabili rispetto il famoso “clochard di piazza Venezia” che negli anni ha maturato le sue strategie di vita e sopravvivenza. Il concetto di *povertà* che invece tento di esporre in questo libro è più vicino a quello di “*vulnerabilità*”; ciò che mi preme ricordare è che ogni essere umano in un dato momento della propria vita può essere vulnerabile, che sia una malattia, una perdita o un episodio doloroso, e “curare la povertà” di queste persone, di chi in un dato momento della propria vita è “povero di risorse” non è necessariamente appannaggio di un laureato in medicina, ma può farlo chiunque, con i mezzi a propria disposizione, in molti casi basta solo un sorriso o una parola al momento giusto per illuminare la giornata di chi ne ha bisogno, ed in quel momento chi lo fa diventa un “Medico”.

Il concetto di “Medical Intelligence” applicato alla strada

“Medical Intelligence” chiamata anche MEDINT, è definita dal dipartimento della difesa in questo modo: Quella categoria d’intelligence che deriva dalla raccolta, valutazione, analisi ed interpretazione di informazioni bio-mediche, scientifiche ed ambientali di un territorio straniero, al fine di eseguire una pianificazione medica e operativa in teatro e conservare la salute delle forze alleate sia civili sia militari in un ambiente “possibilmente ostile”<sup>8</sup>. Le priorità della MEDINT (Tab.1) sono di raccogliere il maggior numero possibile di informazioni riguardo le patologie, l’ambiente, e le infrastrutture a disposizione.

**Tab.1- Le priorità della medical intelligence in teatro operativo <sup>9</sup>**

Le domande da porsi circa le patologie sono:

- 1) Quali sono le patologie endemiche nell'area dell'operazione?
- 2) Qual è la distribuzione geografica delle patologie?
- 3) Qual è il trend storico (incidenza/prevalenza) delle patologie?
- 4) Quali malattie trasmissibili sono maggiormente presenti?
- 5) Ci sono stati casi di epidemie?
- 6) Ci sono stati casi di farmaco-resistenza?

Le domande da porsi circa l'ambiente sono:

- 1) Quali sono le coordinate geografiche del luogo dove prestare servizio?
- 2) Qual è lo stato delle infrastrutture pubbliche per quanto concerne il rifornimento di acqua e gestione dei liquami?
- 3) Ci sono fonti di contaminanti ambientali di tipo chimico, nucleare o batteriologico?
- 4) Ci sono piante/animali velenosi nel territorio? Dove si possono trovare? Ho a disposizione un eventuale antidoto?

Le domande da porsi circa le infrastrutture

- 1) Ci sono strutture sanitarie di riferimento? Dove sono?
- 2) Quali sono gli standard delle strutture di riferimento? Quali specialisti ho a disposizione?
- 3) Ci sono banche del sangue?

Com'è organizzato l'approvvigionamento di farmaci?

In maniera non dissimile, prima di un servizio su strada è necessaria una pianificazione molto attenta sia dal punto di vista sanitario che logistico del territorio, ed è vitale stilare un progetto sulla base dei due criteri cardine delle attività su strada, ovvero analisi delle vulnerabilità ed analisi delle risorse. L'analisi della logistica si sovrappone a quella sanitaria quando si studia il territorio prima del servizio, benché i compiti siano apparentemente differenti. Molto utile avere sempre con sé una mappa del territorio con segnati i relativi servizi a disposizione, quali centri di accoglienza notturna, bagni pubblici, mense, medicherie, ambulatori odontoiatrici, ospedali. Molto utile è il libricino sviluppato dalla comunità di S. Egidio, liberamente scaricabile da internet <sup>10</sup>. Non dimenticare mai che, anche se si svolge un servizio di pubblica utilità in una città e non in un teatro di guerra, la sicurezza per se e per il proprio equipaggio va garantita, e le forze dell'ordine sono un ausilio

prezioso qualora se ne veda la necessità; inoltre, avere in equipaggio almeno un volontario maschio e “corpulento” può essere più utile di quanto non si creda.

Per quanto riguarda l’analisi squisitamente sanitaria, prima di impostare un servizio su strada è necessario conoscere:

- 1) Le patologie più frequenti ed il loro andamento temporale.
- 2) Le strutture sanitarie a disposizione nel territorio con i relativi specialisti.
- 3) I commissariati e le strutture di sicurezza pubblica di zona.
- 4) I presidi sanitari a disposizione e come integrarli.
- 5) Avere una rete di “informatori”, per conoscere gli spostamenti degli assistiti e raccogliere segnalazioni.

L’ultimo punto è quello meno considerato, ma se sfruttato può rivelarsi un’arma preziosa nel servizio, ovvero trovare degli assistiti che siano da riferimento circa i movimenti di tutti gli altri, per essere aggiornati sui casi sanitari di possibile interesse, su eventuali casi di violenza su strada, sugli spostamenti, gli eventuali sgomberi e sulla posizione degli assistiti che abbiamo seguito in precedenza e dei quali abbiamo perso le tracce. Anche le forze dell’ordine presenti sul posto possono rivelarsi un’ottima risorsa, e portare al seguito un’agenda con tutti i riferimenti del caso è spesso una buona idea. Un modo empirico per trovare possibili assistiti è imparare a “leggere il territorio”, ovvero cercare tracce di passaggio (coperte usate, cartoni, residui di cibo, scatolette, indumenti) che possono indicare un luogo di accattonaggio o di riposo “papabile”, dove eventualmente trovare assistiti in un secondo momento. Altri luoghi da prendere in considerazione durante il giro di perlustrazione sono ovviamente i luoghi al chiuso, come

metro, stazioni, insenature, aree transennate, aree riparate dal vento, portici, panchine coperte, luoghi isolati.

Ricordare sempre ai logisti che eseguono i loro compiti di assistenza su strada, di fare, oltre alle domande per prestare il miglior servizio possibile, anche queste due domande: *“Ha bisogno di un medico? Conosce qualcuno che ha bisogno di un medico?”*.

*<<Ogni medico dovrebbe essere ricco di conoscenze, e non soltanto di quelle contenute nei libri, i suoi pazienti dovrebbero essere i suoi libri>>*

*Paracelso*

Avere la completa padronanza e conoscenza del territorio è fondamentale per eseguire un servizio su strada adeguato ed erogare le migliori cure disponibili a chi ne ha bisogno, come è fondamentale avere alle spalle una logistica attenta ed un piano ben sviluppato. Formare i volontari a ciò che possono incontrare e creare gruppo non è un optional, ma un punto chiave per il successo. Ricordare di tenere traccia sempre di ciò che si fa attraverso un registro, in modo da avere la memoria storica del tipo di prestazioni erogate, a chi, dove, e soprattutto i farmaci/presidi usati.

La panoramica delle patologie su strada

Il “senza fissa dimora”, è, come abbiamo accennato, un soggetto in uno stato di povertà materiale o non materiale, e può essere affetto da complesse patologie, spesso multi fattoriali e soffrire di un significativo ventaglio di differenti condizioni mediche, a causa dei multipli fattori di rischio, i quali includono malnutrizione, alcolismo, trascuratezza, esposizione ad intemperie, uso di droghe e scarsissima igiene. Questo tipo di soggetto riscontra innumerevoli difficoltà

nell'accesso e nell'utilizzo del servizio sanitario nazionale e spesso è ricoverato in pronto soccorso o nel reparto di medicina d'urgenza a causa di riacutizzazioni di patologie croniche, o per acuzie.

La povertà assoluta in Italia nel 2014 è aumentata di 1,9 punti percentuali rispetto al 2013 e coinvolge più di sei milioni di persone, il 9,9% della popolazione; tra queste, i senza dimora in Italia che nei mesi di novembre-dicembre 2011 hanno utilizzato almeno un servizio di mensa o accoglienza notturna nei 158 comuni italiani in cui è stata condotta l'indagine dell'ISTAT sono stimati in 47.648.<sup>11</sup>

Nel corso di un arco temporale di quattro anni, ho personalmente condotto uno studio retrospettivo<sup>12</sup> tra i 310 homeless con cui ho avuto a che fare, per valutare l'impatto di un servizio sanitario su strada sulla salute pubblica, e "analizzare il territorio" per capire quale tipo di patologie sono più frequenti su strada ed il loro andamento temporale. L'analisi dei registri prodotti durante i 576 servizi erogati su strada e gli 842 interventi sanitari, ci ha permesso di riscontrare i seguenti dati nella nostra fetta di popolazione:

Gli interventi, in maggior percentuale (35%), sono stati eseguiti durante l'inverno, maggiormente a dicembre (12,1%) e gennaio (11,9%), ove le patologie più frequenti sono stati i malanni stagionali come influenza, bronchite e malattie infiammatorie dell'apparato respiratorio. Altre sintomatologie di frequente riscontro invernale sono state febbre, mal di testa, tosse e sinusite.

La maggior parte dei pazienti è stata trattata sul posto, mentre il 3% ha dovuto subire ospedalizzazioni per acuzie o per terapie specialistiche, come medicazioni avanzate, necessità di terapia endovenosa o procedure di diagnostica per immagine. La maggior parte delle acuzie sono state secondarie a traumi maggiori, soprattutto causate da



aggressioni o stati di ebbrezza patologica. La maggior parte delle medicazioni su strada è stata rivolta per le sequele di ulcere diabetiche a livello degli arti inferiori.

Le classi farmacologiche usate su strada (Tab.2) sono state prevalentemente antiinfiammatori non steroidei (261 casi, 31%) ed antibiotici (212 casi, 25%). I meno utilizzati sono stati antistaminici (18 casi, 2.1%). La formulazione prevalentemente usata è quella in pillole/bustine (43%), pomate (34%), sciroppi (10%), gocce/colliri (9%) e fiale (4%).

<b>Tab.2-Le classi farmacologiche ed i principali farmaci erogati durante i servizi su strada</b>	
Classi farmacologiche	Farmaci principali erogati nei servizi presi in esame
FANS (31%)	Nimesulide, Diclofenac, Aspirina, Ibuprofene
Antibiotici (25%)	Claritromicina/Eritromicina, Ampicillina + Acido clavulanico, Ciprofluoxacina, Gentamicina, Econazolo
Protettori Gastrici (11%)	Omeprazolo, Lansoprazolo, Magnesio pyrofosfato, Sucralfato
Corticosteroidi (7%)	Metilprednisolone, Mometasone, Betametasona
Ipoglicemizzanti (6,5%)	Metformina, Insulina
Respiratori (5,7%)	Salbutamolo, Ipratropio bromuro
Tranquillanti (4%)	Diazepam, Aloperidolo
Oppioidi minori (3,8%)	Tramadolo
Antiipertensivi (3,6%)	Nifedipina, Enalapril, Furosemide
Antistaminici (2,1%)	Prometazina, Cetrizina

Sempre seguendo la classificazione prodotta sul nostro registro, le classi di patologie riscontrate sono state prevalentemente infiammatorie (42%) e degenerative (24%) e gli skills sanitari maggiormente usati sono stati di tipo dermatologico (16%),

chirurgico/medicazioni (15%), ortopedico (13%) ed infettivologico (13%).

Una tabella a doppia entrata nel registro può in un certo qual modo aiutare la classificazione delle principali patologie che si possono trovare su strada: da una parte i tipi di patologie (Infiammatorio, Degenerativo, Traumatico, Metabolico, Neoformativo) e dall'altra parte i distretti affetti (Neurologico, Odontoiatrico, Otorinolaringoiatra, Respiratorio, Oftalmologico, Endocrino, Cardiaco, Gastrointestinale, Genito-urinario, Ematologico, Muscolo - scheletrico, Vascolare periferico, Tegumentario). Ovviamente essendo per lo più una valutazione eseguita mediante anamnesi ed esame obiettivo, e mancando di approfondimenti laboratoristici e di diagnostica avanzata, non è possibile eseguire diagnosi fini o valutare eventuali patologie di tipo genetico o auto-immune, è necessario richiedere l'aiuto di uno specialista quando lo si ritiene opportuno. A questa classificazione va aggiunta l'eventuale presenza o concomitanza di malattia psichiatrica, abuso alcolico, oltre che lo stato nutrizionale e lo stato igienico.

*<<Nulla è più stimabile di un medico che, avendo studiato la Natura fin dalla giovinezza, conosce le proprietà del corpo umano, le malattie che lo affliggono, i rimedi che gli recano giovamento ed esercita la sua arte con prudenza, prestando uguale attenzione al ricco e al povero>>*  
Voltaire

## Malattie infettive e dermatologiche

La scarsa igiene e la promiscuità della strada, sono la causa primaria di patologie trasmissibili, come infezioni cutanee, dell'apparato respiratorio e gastroenteriche.

**Tab.3 Antibiototerapia empirica<sup>13</sup>**

-Alte vie respiratorie: Penicilline semisintetiche/ Macrolidi
-Basse vie respiratorie: Penicilline /Macrolidi/ Chinolonici/Tetraciline
-Cute e tessuti molli: Penicillina protetta/Tetraciclina
-Osso: Clindamicina/Teicoplanina
-Vie urinarie: Chinolonici/Bactrim
-Gastrointestinali: Bacitracina/Neomicina/ Chinolonici

Le patologie cutanee più frequenti su strada sono: impetigine, micosi, psoriasi, verruche, herpes simplex, herpes zoster, scabbia, ustioni e ferite infette. Il trattamento antibiotico su strada, per ovvie ragioni, prevede in larga parte l'utilizzo di protocolli di tipo empirico e a largo spettro (Tab.3). Il medico deve notificare ogni caso di patologia infettiva a rischio diffusione all'autorità sanitaria competente attraverso il foglio previsto per la notifica di malattie infettive. Le ferite infette vanno medicate a cadenza possibilmente tri-settimanale da personale competente ed addestrato.

Oltre l'influenza, altre patologie infettive molto frequenti dell'apparato respiratorio sono: bronchiti, polmoniti, sinusiti, faringiti e tubercolosi. I pazienti con sospetta polmonite o tubercolosi, sono eleggibili per il ricovero in ospedale. Molto spesso si trova a che fare con pazienti affetti da alcolismo, con una riduzione della funzionalità epatica, ricordarsi quindi di somministrare con cautela i farmaci epatotossici (Tab.4), soprattutto il metronidazolo che può avere un effetto "disulfiram simile" ed il paracetamolo, largamente usato per le sindromi febbrili. Gli altri effetti collaterali tossici a livello epatico si configurano mediante la comparsa di steatosi, colestasi, epatiti o necrosi cellulare.

Molto spesso ci si trova a trattare ascessi cutanei, spesso ad origine da cisti sebacee suppurate, oltre l'incisione e drenaggio, è raccomandata

la terapia antibiotica con Doxiciclina o Clindamicina, in letteratura scientifica, non è provato il miglioramento della prognosi mediante istillazione di antibiotico nella cavità.

<b>Tab.4- Farmaci con effetti collaterali di tipo “epatotossico” più usati</b>
Antibiotici: Macrolidi, Tetraciclina, Metronidazolo, Ac.Clavulanico, Isoniazide
Analgesici: Paracetamolo, Diclofenac
Anestetici: Alotano
Anticonvulsivanti: Gabapentin, Fenitoina
Neurotropici: Antidepressivi, Benzodiazepine
Altri: Enalapril, Griseofulvina, Propiltiouracile

### Malnutrizione e patologie croniche

I pazienti che necessitano un maggior numero d'interventi nel tempo, sono quelli che devono essere sottoposti a terapie per patologie croniche, come diabete ed ipertensione. La neuropatia, e la vasculopatia diabetica, sono le cause primarie delle ulcere agli arti inferiori, che richiedono medicazioni periodiche e uno stretto controllo glicemico. Gli homeless affetti da ulcere diabetiche agli arti inferiori incontrano enormi difficoltà nella gestione della loro patologia, ed un servizio sanitario itinerante, in talune situazioni può aiutarli a ridurre le loro sequele sintomatologiche <sup>14</sup>.

Usualmente in un'attività volontaria su strada, portare cibi, bevande e coperte, è il cuore del servizio, inoltre, in una rete metropolitana, ci sono molteplici luoghi, dove poter trovare cibo, tra le quali mense, parrocchie e comunità. Questo è uno dei motivi per i quali su strada è molto difficile trovare un senza fissa dimora affetto da malnutrizione severa. Tuttavia l'abuso alcolico può favorire l'insorgenza di disvitaminosi, soprattutto del gruppo B, causando Beri Beri, neuropatie

piramidali o la sindrome di Wernike Korsakoff (amnesia, confabulazione, vomito, nistagmo, febbre, atassia, allucinazioni).

Qualora possibile, è un'ottima idea integrare l'alimentazione degli assistiti portando frutta e verdura, quindi cibi ricchi in sali minerali (*broccoli, mele, cavoli, zucca, piselli, mandorle, avocado, datteri, kiwi, carciofi, grano saraceno, avena, segale, fagiolini, banane, noci, cereali integrali, more, lamponi, verdure a foglia larga*) e vitamine di tipo C (*verdure a foglia scura, kiwi, papaya, arance, fragole*) e soprattutto del gruppo B (*legumi, nocciole, grano intero, broccoli*)<sup>15</sup>

Un altro problema spesso sottovalutato è l'incidenza di patologie degenerative ed infiammatorie a carico dei denti e delle gengive; qualora fosse necessaria un'estrazione o un intervento urgente, è d'obbligo indirizzare gli assistiti nei pronti soccorsi odontoiatrici.

## Il problema della terapia e la gestione del dolore

Il problema principale che ci si trova ad affrontare quando si somministra una terapia su strada ad un senza fissa dimora, è rappresentata dalla difficoltà nel garantirgli una continuità assistenziale, poiché salvo eccezioni, questi individui si spostano spesso di territorio, rendendo difficile trovarli dopo aver iniziato un approccio farmacologico. Come già detto in precedenza, trovare dei clochard di riferimento che conoscono le dinamiche della strada, è molto utile per ritrovare assistiti perduti. Un altro problema è che i farmaci lasciati molto spesso non sono presi o presi male o venduti; si auspica quindi di somministrare terapie di persona senza lasciare all'assistito i farmaci, o lasciarne il meno possibile oltre la quantità sufficiente tra un servizio e l'altro.

Le maggiori difficoltà si riscontrano nella gestione della terapia antidiabetica, antibiotica, antiipertensiva e psichiatrica. Molta attenzione al fatto che l'assetto epatico e renale sia spesso misconosciuto o compromesso, la scelta del farmaco da usare, se usarlo, va dunque ponderata con molta attenzione. Punto non meno importante è valutare il tangibile rischio di dare dipendenza dal farmaco o dal soccorritore.

<b>Tab.5- La gestione del dolore <sup>16</sup></b>
<b>DOLORE ACUTO</b>
ANALGESICI NON OPIOIDI Aspirina; Paracetamolo; Ibuprofene; Naprossene; Fenoprofene; Indometacina; Ketorolac; Coxib
ANALGESICI OPIOIDI Codeina; Oxycodone, Morfina, Idromorfone, Metadone, Meperidina, Fentanil, Tramadolo
<b>DOLORE CRONICO</b>
ANTIDEPRESSIVI Doxepina, Amitriptilina, Imipramina, Desipramina
ANTICONVULSIVANTI Fenitoina, Carbamazepina, Gabapentin, Clonazepam
OPPIOIDI

La sintomatologia più frequente su strada, per la quale gli assistiti chiedono maggior consulenza è il **DOLORE** (Tab.5). Accademicamente si definisce il dolore come una “*sensazione spiacevole associata ad un danno attuale o potenziale di un tessuto*”. Il dolore ad origine acuta, è un sintomo di danno o malattia, mentre quello cronico è di per sé considerato una malattia<sup>17</sup>. Per ovvie ragioni, va indagato nella maniera più scrupolosa possibile prima di ridurlo con un antiinfiammatorio non steroideo o un analgesico oppioide, poiché può mascherare problematiche più gravi tra le quali

infezioni, sanguinamenti o patologie oncologiche. Ove possibile, sempre tenere FANS ed antidolorifici dentro la borsa medica. La gestione del dolore deve sempre tener conto oltre che delle manifestazioni cliniche della patologia, anche dei rischi e dei limiti della terapia farmacologica: prestare sempre attenzione alle condizioni morbose associate del paziente e soprattutto alle terapie in atto se presenti. Ricordare sempre che su strada, a causa dell'alcol e delle condizioni ambientali, i pazienti sono maggiormente affetti da disturbi epatici, renali e gastrici. La tabella 6 riassume in maniera grossolana le principali terapie antidolorifiche divise per classi e gli accorgimenti da avere nei quadri morbosi più frequenti, in relazione al profilo di tossicità delle differenti classi di farmaci (gastro-intestinale, renale, epatico e cardiaco).

<b>Tab.6 Terapie antidolorifiche nei quadri patologici più frequenti<sup>18</sup></b>					
<b>Patologia</b>	<b>Farmaci antidolorifici di scelta</b>	<b>Tossicità a livello</b>			
		<b>G.I.</b>	<b>Renale</b>	<b>Epatico</b>	<b>Cardiaco</b>
CARIE DENTALE	FANS	X	X		
	Paracetamolo			X	
	Oppioidi minori	X		X	
	Cortisonici	X			
CEFALEA A GRAPPOLO	Ossigeno 100%				
	Triptani (Sumatriptan)				X
	Diidroergotamina				X
CEFALEA TENSIVA	FANS	X	X		
	Antidepressivi			X	X
CISTITE	FANS	X	X		
COLICA BILIARE	Oppioidi minori	X		X	
	Ketorolac	X	X		
	Paracetamolo			X	
COLICA RENALE	Ketorolac	X	X		
	Oppioidi + Antiemetici	X		X	

Patologia	Farmaci antidolorifici di scelta	Tossicità a livello			
		G.I.	Renale	Epatico	Cardiaco
EPICONDILITE	Crioterapia				
	FANS	X	X		
	Infiltrazione cortisonica	X			
ERNIA DEL DISCO	FANS	X	X		
	Paracetamolo			X	
	Oppioidi minori	X		X	
	Miorilassanti				
	Cortisonici	X			
	Antidepressivi				X
FARINGITE	FANS (no aspirina)	X	X		
	Paracetamolo			X	
GOTTA	Colchicina		X	X	
	FANS	X	X		
	Cortisonici	X			
INFEZIONI VIE URINARIE	FANS	X	X		
	Paracetamolo			X	
REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO	Antiacidi				
	Inibitori di pompa				
	H2 Antagonisti		X		
OSTEOARTITE	FANS	X	X		
	Inibitori COX-2		X		X
	Oppioidi minori	X		X	
OTITE MEDIA	FANS	X	X		
	Oppioidi minori	X		X	
SINUSITE	Paracetamolo			X	
	Steroidi in aerosol				
	FANS	X	X		
TENDINITE	FANS	X	X		
	Cortisonici	X			
ULCERA PEPTICA	Antiacidi				
	H2 Antagonisti		X		
	Inibitori di pompa				
	Prostaglandine			X	



*<<Il sapere non è sufficiente, dobbiamo metterlo in pratica;  
la motivazione non basta, dobbiamo agire>>  
Johann Wolfgang von Goethe*

La borsa medica e l'equipaggiamento da portare nei servizi.

Prima di iniziare un servizio sanitario itinerante è necessario conoscere “le armi da portare dietro” e pianificare la borsa medica con l'occorrente, in relazione alle possibili patologie che si possono riscontrare.

Nel volontariato vi sono varie figure di tipo “sanitario” oltre al medico o l'infermiere, ovvero i soccorritori volontari e gli aiutanti di sanità (OSSS), ed in base al tipo di figure presenti sul campo è possibile stilare diverse borse con diversi contenuti da portare in base al personale disponibile e soprattutto in base al livello di responsabilità di chi si trova a operare. Di prassi, è a cura del medico montante controllare ed eventualmente integrare i presidi farmacologici mancanti e a cura dell'infermiere controllare ed eventualmente integrare i presidi diagnostici ed il materiale per medicazione. Trovate nell'Annesso 2, “un esempio” di borsa medica standard per i servizi su strada, con le rispettive figure intercalate nell'utilizzo della stessa in base alle competenze.

Con l'esperienza s'impara che non esiste una borsa perfetta, esiste però una metodologia di organizzazione della stessa in modo da avere a disposizione il farmaco o il presidio del caso. La scelta dei farmaci da inserire è subordinata ad un'analisi del territorio e dell'epidemiologia delle malattie presenti al momento su strada, è consigliato eseguire almeno due survey sanitari prima di iniziare con il servizio vero e proprio. L'integrazione dei farmaci è ovviamente subordinata alla

disponibilità, imperativo garantire almeno un principio attivo per tipologia. Se nell'uscita è previsto un servizio di ambulanza è necessario avere al seguito l'equipaggiamento Advanced Life Support e team ALS addestrato secondo le linee guida vigenti. Una delle regole basiche è che l'emergenza, quando si fronteggia, non seleziona né la specialità né il professionista, quindi è necessario essere pronti a qualunque evenienza.

Nel servizio volontario su strada, il vulnerabile non si interfaccia solo con il sanitario medico o infermiere, ma anche con volontari non sanitari, addestrati e formati al primo soccorso e con assistenti di sanità (OSSS, o operatore socio-sanitario con formazione complementare). Una figura, spesso tralasciata, è quella del "found raiser" che può, attraverso eventi di beneficenza, raccogliere i fondi per l'acquisto dei presidi necessari. Di seguito proverò a schematizzare le competenze delle rispettive figure e il loro impiego nel servizio sanitario su strada.

<b>Tab.7 Risorse umane intercalate nel servizio sanitario su strada.</b>	
<b>FIGURA PROFESSIONALE</b>	<b>COMPITI</b>
Medico Anestesista/Rianimatore	-Somministrazione gas anestetici e farmaci mio - risolutori nel soccorso avanzato. -Manovre rianimatorie invasive.
Medico chirurgo	-Valutazione clinica in base alle competenze. -Scelta, prescrizione, somministrazione, gestione, integrazione e smaltimento dei presidi farmacologici. -Medicazioni medium-advanced -Soccorso avanzato

Infermiere	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Valutazione parametri vitali e triage.</li> <li>-Somministrazione dei presidi farmacologici su prescrizione.</li> <li>-Gestione, integrazione e smaltimento dei farmaci e materiale per medicazioni.</li> <li>-Medicazioni medium-advanced (a discrezione dell'operatore).</li> <li>-Soccorso avanzato</li> </ul>
Assistente di sanità (OSSS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Rilevazione dei parametri vitali</li> <li>-Medicazioni basic-medium</li> <li>-Attività finalizzate all'igiene del paziente</li> <li>-Assistenza al sanitario</li> <li>-Primo soccorso</li> </ul>
Volontario formato al soccorso (Soccorritore)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Rilevazione dei parametri vitali</li> <li>-Medicazioni basic</li> <li>-Assistenza al sanitario</li> <li>-Primo soccorso</li> </ul>

La prescrizione dei farmaci su strada è il punto più spinoso, poiché richiede una presa di responsabilità a 360° da parte del medico, che può delegare l'infermiere alla somministrazione, sempre previa prescrizione. Il volontario non sanitario, di regola, non può prescrivere, né somministrare farmaci, può tuttavia assistere il sanitario durante le procedure, è dunque imperativa una formazione di base per lo meno sulla conoscenza dei materiali, sul primo soccorso e sulla rilevazione dei parametri vitali. Le medicazioni "basic" si eseguono, sempre secondo le migliori condizioni di asepsi possibili, sulle ferite che non superino il sottocute, come abrasioni ed escoriazioni. Per medicazioni di tipo "medium" e quindi a competenza anche dell'assistente di sanità, possiamo inserire le medicazioni a piatto, le lesioni da pressione di

primo e secondo grado, le lesioni cutanee superficiali (abrasioni ed escoriazioni), ed infezioni cutanee su cute integra (eritemi, micosi).

Il soccorritore deve essere inoltre addestrato alle procedure che implicano l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale e lo smaltimento dei rifiuti sanitari.

### Il problema dell'alcool

Come già accennato in precedenza, l'alcool riflette una problematica comune su strada, i motivi che spingono il senza fissa dimora a diventare "alcool abuser" sono molteplici, e spesso vanno in comorbidità con patologie psichiatriche sottostanti, causati da vari fattori, sia interni che esterni: disagio da trans-culturazione se parliamo di un senza fissa dimora da poco residente in Italia, dalla marginalità sociale, dalla nostalgia per la famiglia/affetti persi, per il basso livello di reddito, dalla sottoccupazione/sfruttamento in eventuali lavori saltuari, dalle differenze linguistiche, e non meno importante dalla xenofobia. Tali fattori di rischio possono causare un ventaglio di patologie psichiatriche, tra i quali depressione, isteria, schizofrenia, deliri, tentati suicidi, disadattamento, sociopatia, antisocialità, fino all'alcool o drug abusing.

L'alcool, dal punto di vista medico si classifica tra le sostanze di tipo "psicolettico", ovvero deprimenti le funzioni psichiche, agendo a livello dei circuiti Gabaergici della corteccia cerebrale, con effetti sull'organismo che dipendono da quantità, abitudine e fattori genetici (enzimi).

La Corte di Cassazione, nella sentenza n. 43313 del 19 novembre 2008, impone una concentrazione ematica di 50 mg/dl come limite di legge consentito<sup>19</sup> per la guida, poiché oltre i 50 mg/dl compare

incoordinazione motoria, riduzione dei tempi di reazione; tra i 100 e i 250 mg/dl atassia, difficoltà nel linguaggio, oltre 250 mg/dl depressione respiratoria, coma, perdita dei riflessi protettivi ed oltre 400 mg/dl sopraggiunge la morte.

Le patologie ad insorgenza acuta secondarie all'abuso alcolico sono correlate all'effetto gabaergico che l'alcool compie a livello della corteccia cerebrale, tra i quali disorientamento, amnesia (black-out alcolico), false percezioni, allucinazioni, comportamento mal adattativo fino al coma alcolico. Il trattamento di questo tipo di sintomatologia si basa prevalentemente su idratazione e stimolazione della diuresi, decontaminazione gastrica, integrazione vitaminica (Tiamina) e soprattutto controllo della glicemia. Non è stato provato l'uso di farmaci per il catabolismo alcolico (Metadoxil). Da evitare l'eventuale perdita di coscienza con aspirazione e conseguente polmonite (S. di Mendelson) o la depressione respiratoria<sup>20</sup>.

L'alcool, e le altre sostanze di tipo psicolettico, quali morfino-simili, cannabinoidi, barbiturici e benzodiazepine, provocano crisi di astinenza proporzionali al grado di dipendenza, le quali possono verificarsi ad una distanza di dodici ore dall'assunzione della sostanza, come la sindrome da astinenza minore, per poi passare all'allucinosi (percezione senza oggetto) tra le dodici e le ventiquattro ore, alle convulsioni entro le quarantotto ore e delirium tremens entro le novantasei ore.

L'alcolista cronico per definizione è affetto da deficit nutrizionali e vitaminici, ma soprattutto, una delle cause più frequenti di coma è rappresentata dall'ipoglicemia. Cronicamente i deficit vitaminici possono portare a sindromi neurologiche come Beri Beri, Sindrome di Wernike Korsakoff, psicosi di Korsakoff e Neuropatia alcolica, sia

periferica che centrale, con distruzione progressiva sia delle cellule piramidali che dei neuroni corticali, e conseguente atrofia cerebrale<sup>21</sup>.

Anche in questo caso, la terapia è sintomatica, si deve idratare il paziente (2000 ml/die) e trattare l'eventuale agitazione psicomotoria mediante l'uso di benzodiazepine, neurolettici, barbiturici, trattare gli stati carenziali del complesso vitaminico di tipo B (B1, B6, B12), e trattare l'ipoglicemia se e quando presente.

La cardiopatia alcol correlata può esitare in miocarditi alcoliche, e, se assunto assieme alla cocaina genera il composto chimico “coca-etilene”, potente cardiotossico<sup>22</sup>. Essendo l'alcool una sostanza che subisce un processo di detossificazione epatica, il fegato è tra gli organi maggiormente colpiti dai suoi effetti nocivi, tra i quali necrosi epatica, con successiva rigenerazione e a lungo andare cirrosi ed insufficienza epatica<sup>23</sup>.

### Il paziente ipotermico

Un problema che spesso ci si trova ad affrontare, soprattutto durante l'inverno, e, a maggior frequenza tra gli assistiti dediti all'alcool, è quello dell'ipotermia. Didatticamente si classifica in base alla temperatura corporea in lieve (35°-32°), moderata (32°-28°), grave (28°-20°), molto grave (20°-14°) e profonda (<14°)<sup>24</sup>. Dal punto di vista pratico, la misurazione della temperatura corporea nel contesto pre-ospedaliero, e comunque per strada, non è agevolissima, ci si affida dunque alla classificazione della *swiss society of mountain medicine*<sup>25</sup> in base alla presenza del brivido e al livello di coscienza (Tab.8):

<b>Tab.8 Schematizzazione della gestione del paziente ipotermico</b>			
<b>STADIO</b>	<b>CLINICA</b>	<b>T.C.</b>	<b>PROCEDURA</b>
<b>Stadio 1</b>	Paziente sveglio con brividi.	35-32°C	Riscaldamento passivo esterno
<b>Stadio 2</b>	Paziente soporoso senza brividi.	32-28°C	Riscaldamento attivo esterno
<b>Stadio 3</b>	Paziente incosciente.	28-20°C	Riscaldamento attivo interno
<b>Stadio 4</b>	Paziente in arresto respiratorio.	<20°C	Riscaldamento extracorporeo

L'assenza del brivido implica un passaggio ad un livello di ipotermia più profondo. L'arresto cardio-respiratorio impone l'esecuzione del protocollo ALS, ricordando sempre che sotto i 30° non è indicata la defibrillazione né l'uso di farmaci cardio-attivi, poiché il cuore ipotermico può essere insensibile a tali presidi ed il metabolismo ne è rallentato, con rischio di accumulo e tossicità. Le misure generali valide per tutti i pazienti includono la rimozione degli abiti freddi e l'esecuzione del riscaldamento passivo mediante isolamento del corpo con coperte di lana o alluminio, o riscaldamento attivo esterno con gas riscaldati, o attivo interno mediante infusione di liquidi caldi per via endovenosa, attraverso sondino naso-gastrico e catetere vescicale. Ricordare sempre di valutare la glicemia, poiché i movimenti muscolari causati dal brivido possono consumare le riserve energetiche del paziente<sup>26</sup>, complicando l'ipotermia con l'ipoglicemia.

***Acquista il libro su***  
***ILMIOLIBRO.it***

***Acquista e scarica subito***  
***la versione Ebook***



---

<sup>1</sup> Luciani A. (2007), Un popolo senza territorio e senza nazionalismi: gli zingari dell'Europa orientale, in A. Roccucci (a cura di), *Chiese e culture nell'Est europeo*. Milano: Ed. Paoline.

<sup>2</sup> Dante Alighieri, and Chipman, W. (1961). *The inferno from la divina commedia*. London: Oxford University Press.

<sup>3</sup> Belotti, C. (2011). *La vita come tu la vuoi*. Milano: Sperling & Kupfer.

<sup>4</sup> Rahnama, M. and Bawtree, V. (1997). *The post-development reader*. London: Zed Books.

<sup>5</sup> Zupi, M. (2003). *Si può sconfiggere la povertà?*. Editori Laterza.

<sup>6</sup> La ricerca nazionale sulla condizione delle persone senza dimora in Italia, censimento ISTAT, 2014

<sup>7</sup> Bonadonna, F. (2005). *Il nome del barbone*. Roma: DeriveApprodi.

<sup>8</sup> Dtic.mil, (2015). Joint Publication 1-02, DOD Dictionary of Military and Associated Terms. [online] Available at: <http://www.dtic.mil/doctrine/jel/doddict/>

<sup>9</sup> Home JADL, (2015). NATO e-learning. [online] Available at: <https://jadr.act.nato.int>

<sup>10</sup> Santegidio.org, (2015). La guida DOVE mangiare, dormire, lavarsi Comunità di Sant'Egidio. [online] Available at: <http://www.santegidio.org/index.php?pageID=228>

<sup>11</sup> La povertà in Italia. (2015). [online] Available at: [http://www.santegidio.org/pageID/1165/langID/it/itemID/480/La\\_povert\\_in\\_Italia.htm](http://www.santegidio.org/pageID/1165/langID/it/itemID/480/La_povert_in_Italia.htm)

<sup>12</sup> Matteoli, M., Scaringi, C., Bracci, S., Carella, P., Fruttaldo, L., Laurenza, M. and Angeloni, U. (2013). Four Years of Voluntary Health Service among Homeless Persons in Rome. *OJSSR*, 1(6), p.146.

<sup>13</sup> Idmp.ucsf.edu, (2015). Guidelines for Empiric Therapy: Hospitalized Adults | Infectious Diseases Management Program at UCSF. [online] Available at: [http://idmp.ucsf.edu/guidelines-empiric-therapy-hospitalized-adults?mag\\_q=printpdf/216](http://idmp.ucsf.edu/guidelines-empiric-therapy-hospitalized-adults?mag_q=printpdf/216)

<sup>14</sup> Matteoli, M., Scaringi, C., Carella, P., Fruttaldo, L., Angeloni, U. and Laurenza, M. (2015). A Mobile Health Service to Manage Diabetic Foot in Homeless Patients. *Journal of the American Podiatric Medical Association*, 105(5), pp.424-428.

<sup>15</sup> [Book Review: Dietary Reference Intakes for Thiamin, Riboflavin, Niacin, Vitamin B 6 , Folate, Vitamin B 12 , Pantothenic Acid, Biotin, and Choline: A Report of the Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes and its Panel on Folate, Other B Vitamins, and Choline and Subcommittee on Upper Reference Levels of Nutrients]. (2003). *The Quarterly Review of Biology*, 78(3), pp.384-385.

<sup>16</sup> Society, A. (2015). American Pain Society. [online]. Available at: <http://www.americanpainsociety.org>

<sup>17</sup> Stoelting, R. and Miller, R. (2010). *Basi di anestesia*. Roma: Antonio Delfino Editore.

<sup>18</sup> Sibell, D. and Kirsh, J. (2013). *Manuale di consultazione in 5 minuti sul trattamento del dolore*. 9th ed. Roma: Antonio Delfino Editore.

<sup>19</sup> Corte di cassazione, sez. IV penale - sentenza 19 novembre 2008, n.43313. [online] Available at:

<http://www.neldiritto.it/appgiurisprudenza.asp?id=3493#.VmWxmc6cF0s>

<sup>20</sup> Gai, V. (2001). *Medicina d'urgenza*. Torino: C.G. Edizioni medico scientifiche.

- 
- <sup>21</sup> Kandel, E., Schwartz, J. and Jessell, T. (2000). Principles of neural science. New York: McGraw-Hill, Health Professions Division.
- <sup>22</sup> Braunwald, E. (1997). Heart disease. Philadelphia: Saunders.
- <sup>23</sup> Harrison, T. and Longo, D. (2013). *Principi di medicina interna*. Rozzano: CEA.
- <sup>24</sup> Van der Ploeg, G., Goslings, J., Walpoth, B. and Bierens, J. (2010). Accidental hypothermia: Rewarming treatments, complications and outcomes from one university medical centre. *Resuscitation*, 81(11), pp.1550-1555.
- <sup>25</sup> IMK AG, i. (2016). ISMM - International Society for Mountain Medicine. [online] *Ismm.org*. Available at: <http://ismm.org/>
- <sup>26</sup> Lockey, A., Abbas, G. and Brisart, J. (2011). Advanced life support. Edegem: European Resuscitation Council.