



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara

UNIVERSITÀ
FERRARIE
LABORE PINGUONIS
Università
degli Studi
di Ferrara

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

Regione Emilia-Romagna

CHARITAS
-
SAPIENTIA
SOCIETÀ ITALIANA DI FARMACIA
OSPEDALIERA E DEI SERVIZI FARMACEUTICI
DELLE AZIENDE SANITARIE



CRR ANTIDOTI EMILIA ROMAGNA



Em SIMEU
società italiana medicina
d'emergenza-urgenza

IX CONVEGNO DEL CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE ANTIDOTI LA RETE REGIONALE DELL'EMILIA ROMAGNA PER LA GESTIONE DEGLI ANTIDOTI INTOSSICAZIONE DROGHE D'ABUSO E NUOVE SOSTANZE PSICOATTIVE

Lunedì 10 Giugno 2019

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI FERRARA

Ospedale S'Anna Cona Ferrara Via A. Moro 8 Aula Magna



DISTURBI DEL COMPORAMENTO E DIAGNOSI DIFFERENZIALE

**A. Tallarico, A. Bologna, G. Tagliani,
G. Rossi, L. Cantarelli**



Emergenze comportamentali

Le cause dei cambiamenti acuti del comportamento spaziano da quelle "mondane" a quelle piu' gravi.


La diagnostica differenziale e' estremamente ampia

Essenziale risulta distinguere le patologie mediche da quelle psichiatriche



Disturbi del comportamento possono essere correlati a:

- Disturbi mentali
- Abuso di sostanze
- Malattia medica

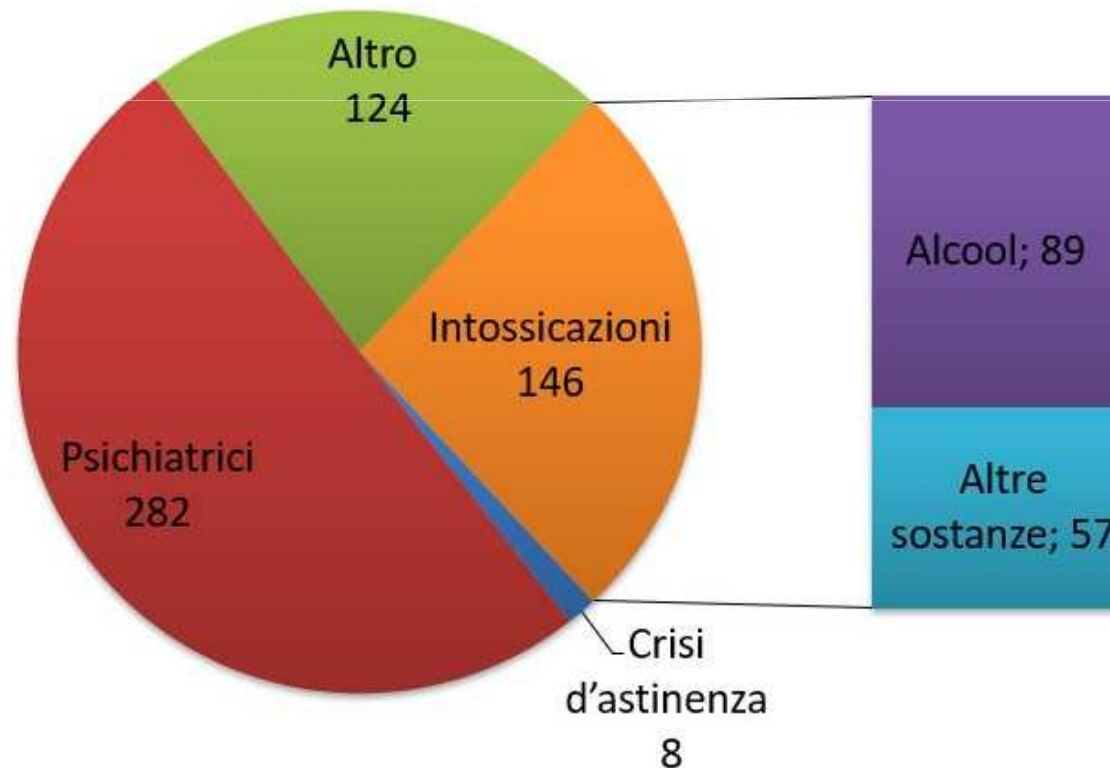


Casi di agitazione psicomotoria valutati presso il nostro PS in 16 mesi (01/18-04/19): **560**
(dati ancora in fase di elaborazione)

- **Psichiatrici**: 282 (età media 42 aa)
- **Intossicazioni**: 146, di cui alcool 89 (età media 42 aa),
altre sostanze 57 (età media 39 aa)
- **Crisi di astinenza**: 8 (età media 29 aa)
- **Altro** (demenza senile, emorragia cerebrale, sepsi, disidratazione...): 124

Casi di agitazione psicomotoria valutati presso il nostro PS in 16 mesi (01/18-04/19)

Totale: 560





I sintomi psichiatrici, che possono essere la diretta conseguenza di una malattia medica, comprendono la demenza, il delirio, la psicosi, la depressione, la mania, l'ansia



RUOLO DEL MEDICO DI PS:

- ANAMNESI
- ESAME OBIETTIVO



GLI ELEMENTI FONDAMENTALI
NELL'IDENTIFICARE, NEL PZ CON DISTURBO
DEL COMPORTAMENTO, QUELLO CON
PATOLOGIE MEDICHE SONO :

- **ANORMALITA' DEI SEGNI VITALI**
- **OBNUBILAMENTO DELLA COSCIENZA**
- **DISORIENTAMENTO**
- **ETA' > 40 AA**
- **ASSENZA DI PRECEDENTI PSICHIATRICI**



UN CASO DI AGITAZIONE NON DEFINIBILE A PRIO...RI

Dott. Giacomo Tagliani – Medico in Formazione specialistica in Medicina d’Emergenza – Urgenza, Parma



M.S., donna, 61 anni

APP: accesso in PS 19/02/19 per comparsa da circa un mese di alterazioni comportamentali ed eloquio incoerente, dapprima agitata con tendenza all'aggressività, poi sempre più disorientata fino a raggiungere fasi mutaciche e iporessia. La sintomatologia iniziava il 21/01, quando la paziente non si alzò dal letto per recarsi al lavoro.

APR: cefalea mista (tensiva ed emicranica senza aura), ipertensione arteriosa, sindrome ansioso-depressiva.

TD: valsartan 160 mg, delorazepam 5 gtt x2, mirtazapina 15 mg.



- 24/01: si recava autonomamente presso specialista Psichiatra nel sospetto, da parte dei familiari e del MMG, di una forma reattiva a un periodo stressante al lavoro e in famiglia; veniva data indicazione a eseguire RMN encefalo, incrementato delorazepam e impostata mirtazapina serale.
- 15/02: esecuzione di RMN encefalo, con riscontro di piccole aree iperintense a livello della sostanza bianca prefrontale.
- 18/02: ulteriore visita psichiatrica presso altro specialista che poneva indicazione a inquadramento in ambiente ospedaliero.



- 19/02: la paziente si recava in PS, ove appariva vigile, a tratti agitata (con tendenza all'affaccendamento e irrequieta sulla sedia), disorientata, parzialmente collaborante.
- EO nella norma, EON negativo per deficit acuti.
- PV nei limiti.
- ECG: RS, normofrequente, non alterazioni ST-T.
- Esami ematochimici nella norma.
- Data l'aspecificità del quadro clinico, e sospettando una problematica non di natura psichiatrica ma neurologica, si richiede una consulenza a questi ultimi nel dubbio di un deterioramento cognitivo a rapida evoluzione o di una eventuale encefalite.



VISITA NEUROLOGICA:

Non deficit neurologici focali, paziente vigile e rallentata, esegue ordini semplici con latenza e dopo ripetute richieste, risponde incostantemente a domande semplici ma tende spesso a bloccarsi e a ripetersi.

Indicato ricovero in Neurologia per approfondimenti, eseguendo un primo EEG che pone il sospetto per uno stato epilettico non convulsivo a verosimile origine dalle regioni temporali di sinistra caratterizzato da anomalie epilettiche tendenti alla diffusione, rispondendo alla somministrazione di Lorazepam ev.



IN REPARTO DI NEUROLOGIA:

- Persistenza di agitazione con disorientamento iniziali, subentrati poi rallentamento ideo-motorio fino a impossibilità a mantenere il controllo di capo e tronco e mutacismo.
- Eseguita rachicentesi: non segni di infezione.
- Esami ematochimici: leucocitosi con neutrofilia, PCR e PCT negative, tendenza all'ipokaliemia; negativi indici di autoimmunità e marker neoplastici.
- EEG di controllo: pattern periodico diffuso su entrambi gli emisferi cerebrali, di voltaggio più ampio a sx, con tendenza all'evoluzione agli EEG successivi e modificazioni suggestive per encefalopatia alla RMN dell'encefalo di conferma.
- TC total body con M.d.C.: negativa per neoplasie occulte (eseguita nel dubbio di sindrome paraneoplastica).



ANALISI BIOMARKER LIQUORALI:

- Dosaggio proteina TAU totale: >2000 pg/mL
- Analisi ELISA della proteina 14-3-3: positiva
- Analisi del gene PRNP: genotipo codon 129 Met/Met



**DIAGNOSI: verosimile
Morbo di Creutzfeld-Jakob
(variante familiare/sporadica).**



**LA SEMPLICE
GESTIONE
(multidisciplinare)
DI
UN'AGITAZIONE
PSICOMOTORIA**

dott.ssa Alessandra Bologna – MIF in Medicina d'Emergenza-Urgenza



TRIAGE

DATI ACCETTAZIONE

Registrazione 17.11.2018 00:09:22
Modo invio Centrale Operativa
Tipo Malattia
Cittadinanza Straniero

N. Referto 
Mezzo Trasporto Ambulanza

DATI EPISODIO

Segno/sintomo principale AGITAZIONE PSICOMOTO

agitazione psicomotoria in paziente ospite del camelot. Rif dalla responsabile probabile assunzione di crac e eroina.

Dolore

Data	Ora	Rilevazione
17.11.2018	00:11:10	Scala NUMERICA: 05

CODICE Colore di Priorità ROSSO 17.11.2018 00:11:10



PS

Agitazione psicomotoria in probabile assunzione di crack.

Non deficit neurologici.

Emocromo e funzionalità renale

ECG

Sedazione con BDZ

Al mattino: parametri nella norma, paziente tranquillo.

Diagnosi: agitazione psicomotoria in riferita assunzione di sostanze stupefacenti.

Si consiglia affidamento al SERT.



1° accesso
17.11.18
Ore 00.10

2° accesso
17.11.18
Ore 16.55

DATI EPISODIO

Segno/sintomo principale **AGITAZIONE PSICOMOTO**

Agitazione psicomotoria in pz seguito dal SERT
Visto stanotte per medesima sintomatologia
Si invia in amb 1

**Paziente tossicodipendente seguito dal SERT.
Lamenta malessere e brividi di freddo.**

APR: dipendenza da eroina, crack, cannabinoidi e altre droghe sintetiche.

Probabile sindrome astinenziale.

Cannabinoidi: 82 ng/ml

Cocaina: > 5000 ng/ml

Richiesta visita psichiatrica.



1° accesso
17.11.18
Ore 00.10

2° accesso
17.11.18
Ore 16.55

PRESTAZIONI EROGATE
VISITA PSICHIATRICA

REFERTO

Paziente giunto al locale PS in seguito a crisi di agitazione psicomotoria in abusatore di multiple sostanze, tra cui eroina e crack. Già visitato per analogo motivo ieri sera e rimandato alla struttura che lo ospita dopo terapia sedativa con benzodiazepine. Questa mattina, accompagnato da un'operatrice, si è recato al SerD di Ferrara (██████████). Alla valutazione attuale paziente vigile, disorientato, non contattabile, risponde in maniera completamente incongrua a semplici domande. Esame psichico non effettuabile, si raccoglie breve anamnesi da operatrice della struttura che lo accompagna. Verosimile quadro astinenziale in poliabusatore di sostanze, come sintomatico si consiglia sedazione farmacologica tramite benzodiazepine e nuovo contatto con i Servizi per le dipendenze patologiche.



1° accesso
17.11.18
Ore 00.10

2° accesso
17.11.18
Ore 16.55

3° accesso
18.11.18
Ore 16.30

DATI EPISODIO

Segno/sintomo principale **AGITAZIONE PSICOMOTO**

Agitazione psicomotoria.

Accompagnato dalla operatrice della struttura.

Visto ieri presso il nostro ps per medesima sintomatologia.

Si invia in amb 1

All'arrivo in PS tranquillo, poi **improvvisa agitazione durante la quale si butta a terra.**

Sedazione con BDZ

Si trattiene il pz in OBI

Richiesta visita psichiatrica

Il paziente si allontana spontaneamente dall'OBI. Prestazione non conclusa.



1° accesso
17.11.18
Ore 00.10

2° accesso
17.11.18
Ore 16.55

3° accesso
18.11.18
Ore 16.30

4° accesso
19.11.18
Ore 18.40

DATI EPISODIO

Segno/sintomo principale **AGITAZIONE PSICOMOTO**


inviato per disturbo comportamentale .ed eventuale ricovero

Inviato per valutazione internistica-tossicologica ed valutazione di ricovero dal collega del SERT.

Cannabinodi: > 100 ng/ml

Cocaina: 1235 ng/ml

Richiesta visita psichiatrica



disorientamento" e al fine di "definire meglio il quadro psichico".

Visitato presso SPT di Ferrara nel pomeriggio odierno (): inviato presso locale PS per "rivalutazione internistico-tossicologica e valutazione di ricovero per approfondimenti e cure del caso". Si praticava sedazione con Tavor 4 mg 1 fl im.

Colloquio clinico con il paziente eseguito alla presenza di due operatrici Camelot, che facilitano la traduzione (presente barriera linguistica). All'osame obiettivo: paziente vigile, collaborante e disponibile al dialogo. Non presenta turbe del comportamento, nè agitazione psicomotoria. Risponde in modo adeguato alle domande poste. Riferisce poliabuso di sostanze da circa un anno (cocaina, eroina, cannabinoidi) che il paziente metterebbe in atto per condotte di emulazione ("lo fanno i miei amici") e per verosimile disagio psichico - che il paziente fatica a specificare -, con l'obiettivo di detendere una sensazione di tensione intrapsichica e di irrequietezza. Appare consapevole delle problematiche di abuso, richiede espressamente aiuto al fine di ridurre il consumo dannoso, consapevole che lo stesso compromette il raggiungimento di obiettivi di vita, ben presenti ed espressi (conseguire il diploma, avere una compagna e dei figli). Assenti al momento disturbi ideosensoperceptivi di marca psicotica: a tal proposito il paziente riferisce episodici pregressi fenomeni dispercettivi uditivi in stato di intossicazione ("ho sentito una voce che mi chiamava"), ora assenti. Il tono timico appare lievemente deflesso, rifiuta di parlare degli

4° accesso
19.11.18
Ore 18.40



1° accesso
17.11.18
Ore 00.10

perdita della famiglia). A tratti diviene irrequieto, mal tollera i tempi di attesa. Si dichiara religioso (religione musulmana). A domanda diretta nega intenzionalità e/o propositi autolesivi. Non ideazione eterolesiva. Chiede a più riprese aiuto al fine di controllare le condotte di poliabuso, riferisce craving per cannabinoidi.

Esami tossicologici urinari eseguiti in PS: positività a cocaina e cannabinoidi.

L'operatrice riferisce astinenza da sostanze dal 17/11/2018 (l'operatrice riferisce di aver garantito stretto monitoraggio negli ultimi due giorni).

Al momento non sussiste quadro di acuzie psichica tale da richiedere ricovero urgente in ambiente specialistico.

Si pratica in estemporanea Diazepam 10 mg 1 fl in 250 cc sol. fis. ev.

Si consiglia copertura benzodiazepinica anti-astinenziale Diazepam gtt: 20-20-40.

4° accesso
19.11.18
Ore 18.40

1° accesso
17.11.18
Ore 00.10

2° accesso
17.11.18
Ore 16.55

3° accesso
18.11.18
Ore 16.30

4° accesso
19.11.18
Ore 18.40

5° accesso
20.11.18
Ore 19.00

DATI EPISODIO

Segno/sintomo principale **AGITAZIONE PSICOMOTO**

pz psichiatrico. oggi agitazione psicomotoria con tentativo di defenestrazione e atteggiamento aggressivo.
rif. dolore gomito sx.
visto in ps il 19/11 (vedi ref.)

Agitazione psicomotoria con tentativo di defenestrazione e atteggiamento aggressivo.

Sedazione con BDZ

Cannabinoidi: 98 ng/ml

Cocaina: 503 ng/ml

Si richiede visita psichiatrica

1° accesso
17.11.18
Ore 00.10

2° accesso
17.11.18

Questa sera il paziente torna accompagnato da operatori di Camelot per agitazione psicomotoria e tentativo di defenestrazione.

Al colloquio il paziente riferisce di non assumere sostanze da venerdì scorso. Dice di aver ripreso ad usare eroina e a fumare crack da diversi mesi. Sostiene di aver avuto sintomi astinenziali solo sabato. Questa sera si è visto negato il permesso di uscire da parte dell'operatrice adibita al suo controllo. Reattivamente a questa limitazione ha tentato di saltare dalla finestra dal primo piano ma è stato fermato. In seguito a questo gesto riferisce dolore al braccio e al gomito sinistro. Colloquio clinico con il paziente eseguito alla presenza di due operatrici Camelot, che facilitano la traduzione (presente barriera linguistica). All'esame obiettivo: paziente vigile, collaborante e disponibile al dialogo. Non presenta turbe del comportamento, nè agitazione psicomotoria. Risponde in modo adeguato alle domande poste. Riferisce poliabuso di sostanze da circa un anno (cocaina,

19.11.18
Ore 18.40

5° accesso
20.11.18
Ore 19.00



Dopo circa un mese...

TRIAGE: Cefalea in paziente seguito dal SERT

Il paziente riferisce recente assunzione di eroina e cannabis. Riferisce cefalea.

Stato soporoso.

Tossicologico su urine.

Naloxone.

Osservazione in PS.

Dimissione.



DIAGNOSI?

GESTIONE?



PERCEZIONI

Dr. Luca Cantarelli, Dr.ssa Giorgia Rossi
Medici in Formazione Specialistica in Psichiatria
Università degli Studi di Ferrara



SINTOMI DI BASE

Disturbi ricorrenti ma del tutto aspecifici:

- **Minore tolleranza allo stress**
- **Anergia, debolezza**
- **Riduzione dell'autocontrollo**
- **Ridotta risonanza affettiva**
- **Facile e rapido esaurimento delle capacità cognitive**
- **Disturbi neurovegetativi**
- **Disturbi del sonno**
- **Inspiegabili alterazioni della percezioni corporee**

...talora circoscritti, talora diffusi e spesso cangianti localizzazione
- intensità e frequenza fluttuanti





SOSTANZE

Cannabinoidi

LSD

Cocaina (fumata, sniffata)

GHB

FUNGHI ALLUCINOGENI



Atmosfera predelirante – *Wahnstimmung*

Perplessità

Sgretolamento della propria esperienza
esistenziale...

senso di trasformazione del mondo, di minaccia
incombente

Modifica della coscienza dell'io

Tonalità affettiva forte e ambigua – turbamento

Autoriferimento

Alterazioni dell'affettività

**...SI STA ORGANIZZANDO IL
MONDO PSICOTICO...**





IL PRIMO CONTATTO COI SERVIZI

DONNA, 30 ANNI

PRELEVATA DA 118

SEDATA SUL POSTO

AGGRESSIVITA'

**RIFERITA ASSUNZIONE DI ALCOL E
CANNABIS**

ACCESSO IN PS ALLE ORE 02:36

CODICE ROSSO

AGITAZIONE PSICOMOTORIA

ESAME TOSSICOLOGICO

ETANOLO 2,08 g/L

CANNABINOIDI 96 ng/MI

RESTANTE NEGATIVITA'



IL PRIMO CONTATTO CON LO PSICHIATRA

- Consulenza psichiatrica in Medicina d'Urgenza, alle ore 12:13 per “agitazione psicomotoria e aggressività in abuso di sostanze”
- **NON PRECEDENTEMENTE NOTA AI SERVIZI**





QUADRO CLINICO

- La paziente si trova in bagno, non esce, si dice non intenzionata a sostenere il colloquio
- Si esegue colloquio nel bagno
- Inizialmente tranquilla dal punto di vista psicomotorio
- Dice di aver assunto alcol, cannabinoidi e funghi allucinogeni le sera prima ad una festa



QUADRO CLINICO

- **Improvviso episodio di agitazione psicomotoria**
- **Angoscia e crisi di pianto**
- **Atteggiamento di sospettosità e perplessità**
- **Dispercezioni**
- **Non collaborante**
- **Comportamenti inadeguati - affaccendamento**
- **Irritabile e minacciosa verbalmente**
- **Rifiuta terapia (➡ STATO DI NECESSITA')**



CONSIDERAZIONI CLINICHE

- Anamnesi psicopatologica remota negativa
- Anamnesi tossicologica positiva per uso continuativo di alcol e cannabinoidi
- Esame tossicologico positivo per alcol e cannabinoidi
- Oscillazione della psicomotricità compatibile con intossicazione acuta da sostanze




REFERTO CONSULENZIALE

- “... il quadro clinico in atto risulta compatibile con uno stato di intossicazione acuta da sostanze esogene...”
- ...per cui si prosegue osservazione medica
- Monitoraggio cardiologico e sedazione con Midazolam in pompa siringa a 3 mL/h
- Successive rivalutazioni psichiatriche in veste consulenziale nei giorni seguenti

TRASFERIMENTO IN SPDC

- Dopo 3 giorni paziente collaborante, non aggressiva né oppositiva
- Esplorabile all'esame psicopatologico: Deliri persecutori, di riferimento, allucinazioni uditive e cenestesiche, eloquio disorganizzato
- Ultimato il monitoraggio internistico
- La paziente accetta trasferimento nel nostro reparto





*...Oltre il confine stabilito
Che qualcuno ha tracciato
Ai bordi dell'Infinito...*

GRAZIE PER L'ATTENZIONE!

