

# Impatto della Doppia diagnosi nei Servizi di Emergenza/Urgenza



Dr.ssa Maria Pazzaglia  
PS-DEU Ravenna

# Doppia diagnosi o comorbilità'

- Coesistenza di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico.....Si influenzano vicendevolmente
- Il consumo di sostanze e' una componente di un disturbo psichiatrico, oltre che un tentativo di automedicazione

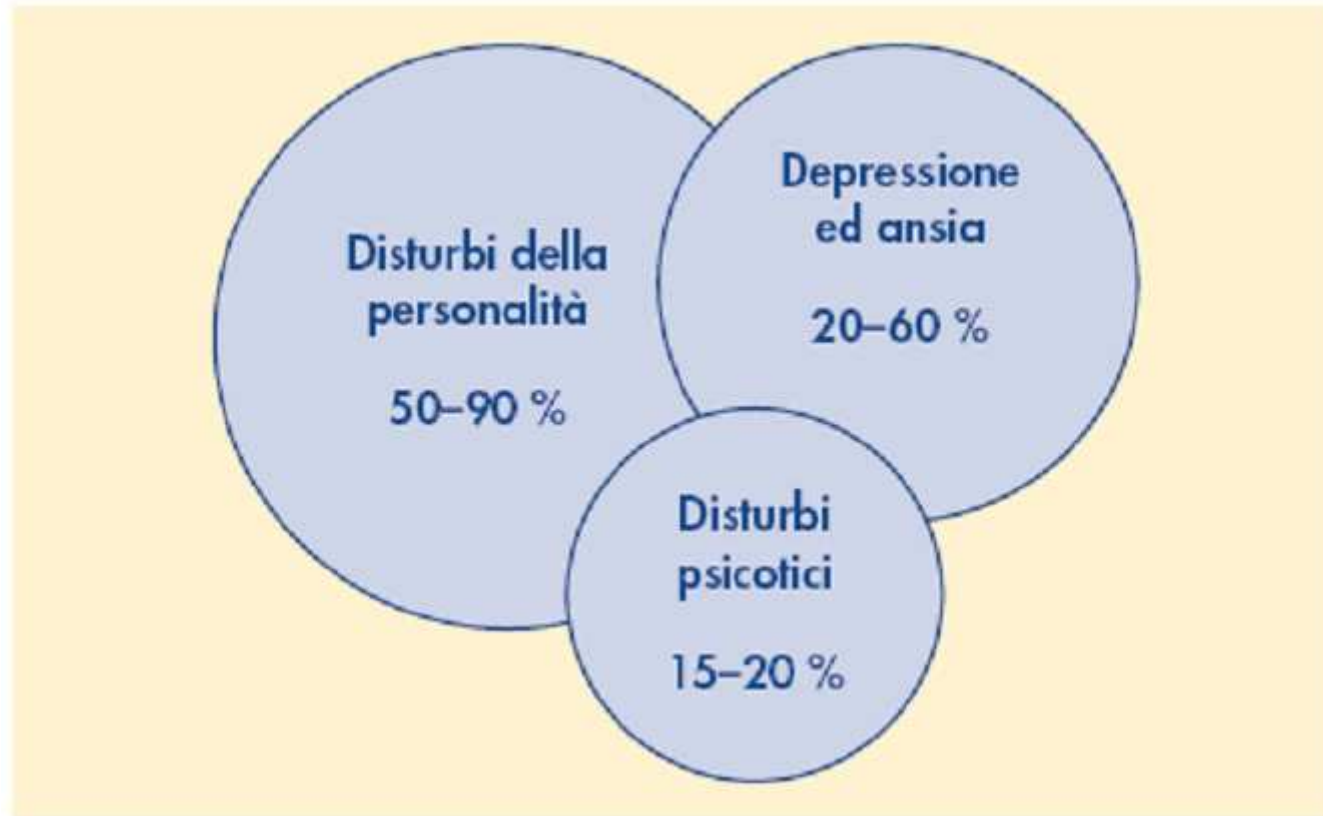
# DEU e abuso di sostanze psicoattive

- Incidenti stradali/traumi
- Patologie cardio-cerebro-vascolari
- Problemi psichiatrici
- Aggressivita'
- Eventi (rave, concerti, feste)

# Doppia diagnosi

- Si stima che circa il **30-50%** delle persone con disagio psichico sviluppi dipendenza per almeno una sostanza (incluso nicotina, caffeina e alcool) e che il **41-66%** delle persone dipendenti da una sostanza, abbia al contempo un disturbo psichico.
- Ciò sottolinea la **forte associazione tra psicopatologia e dipendenze.**

Sovrapposizione delle tre sindromi dominanti diagnosticate  
nei pazienti affetti da comorbidità  
(consumo di droghe e disturbi psichici)



# Doppia diagnosi

Il fenomeno della 'doppia diagnosi', cioè la concomitanza tra un disturbo psichiatrico e l'abuso di sostanze, è in aumento a causa della diffusione di nuove droghe chimiche, della facilità di reperimento tramite internet e del diffondersi del consumo tra i giovanissimi.

**Si stima che il 30% circa degli psicotici abusi di alcol e il 15% di droghe. La percentuale di abuso di sostanze supera addirittura il 50% nei pazienti bipolari.**

**L'abuso in presenza di una psicosi ha effetti potenzialmente catastrofici sulla malattia: spesso la maschera, ne aggrava le conseguenze, crea difficoltà nella gestione e nell'aderenza alla terapia.**

Anche le droghe cosiddette leggere, come hashish e marijuana, se assunte in modo regolare possono dare luogo ad alterazioni psicobiologiche ed all'insorgenza di **schizofrenia o disturbo bipolare**, evidenziano gli psichiatri

# Droghe e Servizi di Emergenza-Urgenza

I disturbi indotti da sostanze si presentano con sintomi che assomigliano ai disturbi mentali non indotti da sostanze

Questo costituisce un importante e spesso difficile problema di diagnosi differenziale

Anamnesi spesso limitata e presenza di fattori confondenti (traumi, IMA, patologie psichiatriche, etc)



# Disturbi indotti da sostanze

	<i>delirium</i>	<i>demenza</i>	<i>amnesia</i>	<i>psicotici</i>	<i>umore</i>	<i>ansia</i>	<i>sessuali</i>	<i>sonno</i>
<i>Alcol</i>	I/A	P	P	I/A	I/A	I/A	I	I/A
<i>Amfetamine</i>	I	-	-	I	I/A	I	I	I/A
<i>Cannabis</i>	I	-	-	I	I	I	-	-
<i>Cocaina</i>	I	-	-	I	I/A	I/A	I	I/A
<i>Allucinogeni</i>	I	-	-	I	I	I	-	-
<i>Inalanti</i>	I	P	-	I	I	I	-	-
<i>Oppiacei</i>	I	-	-	I	I	-	I	I/A
<i>PCP</i>	I	-	-	I	I	I	-	-
<i>Ansiolitici</i>	I/A	P	P	I/A	I/A	A	I	I/A

I: Intossicazione

A: Astinenza

P: probabile

DSM IV, TR



# Pazienti psichiatrici che utilizzano sostanze

II

Lifetime Prevalence and Odds Ratios of Mental Disorders  
by Substance Use Disorder: ECA

Comorbid Disorder	Alcohol		Drug	
	%	O.R.	%	O.R.
Any mental	36.6	2.3	53.1	4.5
Schizophrenia	3.8	3.3	6.8	6.2
Affective	13.4	1.9	26.4	4.7
Anxiety	19.4	1.5	28.3	2.5
Antisocial	14.3	21.0	17.8	13.8

Merikangas, 2004

# Dipendenza fisica e psichica

## OPPIOIDI

Oppio e derivati: *eroina, morfina, codeina*

Derivati di sintesi: *meperidina, metadone, fentanil*

Agonisti parziali ed agonisti-antagonisti: *pentazocina, buprenorfina*

## DEPRESSORI

Alcol, Barbiturici, Cloralio, Meprobamato, Benzodiazepine

## CANNABINOIDI

Tetraidrocannabinolo

## PSICOSTIMOLANTI

Cocaina

Amfetamine e derivati:  
*destroamfetamina, metamfetamina, metilfenidato*

Nicotina e Caffeina

# Dipendenza psichica

## ALLUCINOGENI CLASSICI

LSD, Mescalina, Psilocibina,  
Dimetiltriptamina, Fenciclidina,  
Ketamina

## INALANTI (solventi volatili)

Toluene, Acetone, Benzene,  
Tricloroetilene, 1,2  
dicloropropano, Idrocarburi  
alogenati, Nitriti organici  
(popper)

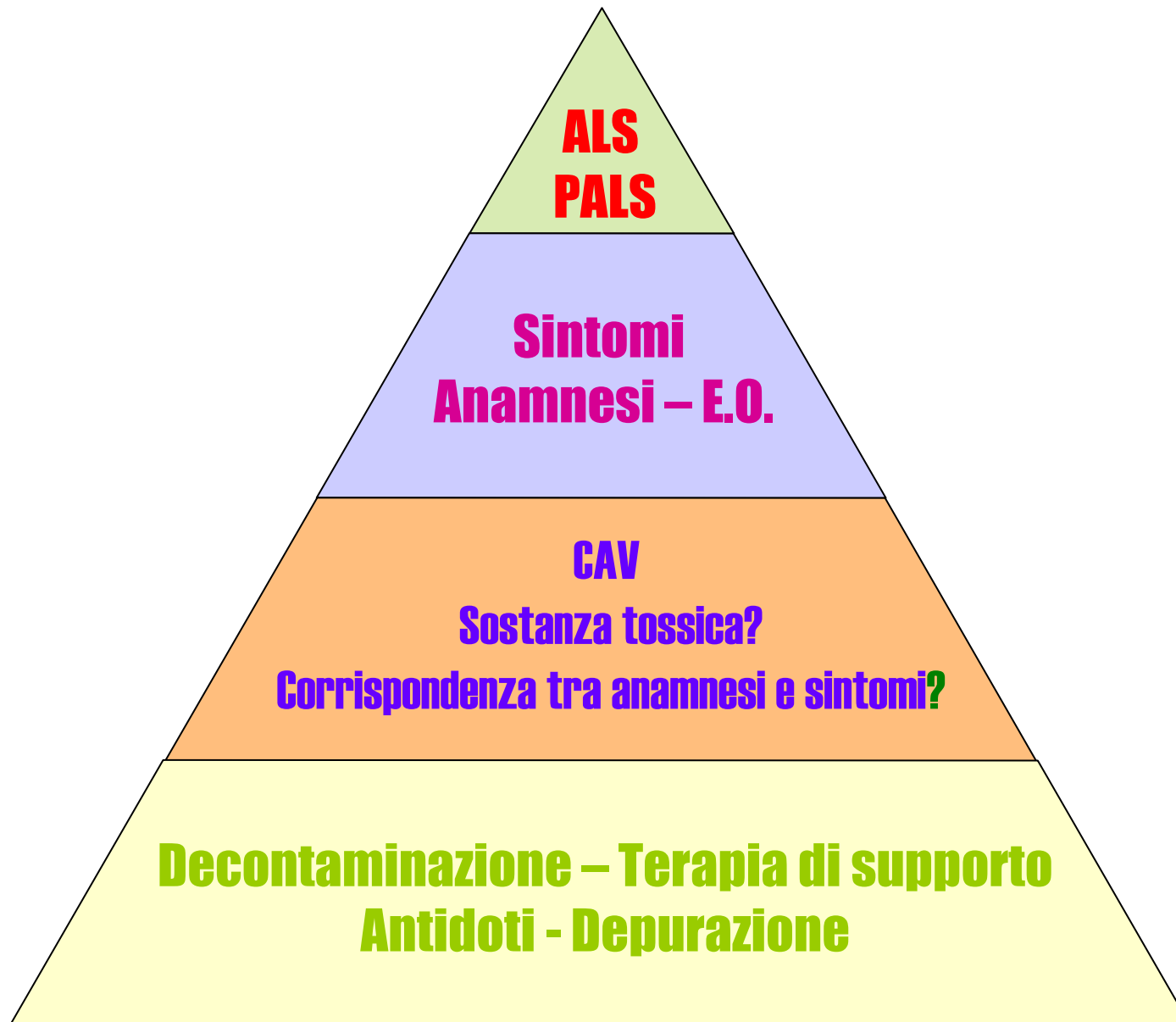
## ALLUCINOGENI AMFETAMINICI E “DESIGNER DRUGS”

MDMA, (“ecstasy”), MDEA, MMDA,  
DOM, PMA, 2-CT-2, 2-CT-7

# Doppia diagnosi....in PS

- La classe di droga implicata puo' essere stabilita dall'esame obiettivo
- Importante la stabilizzazione
- Glicemia, ECG

# Approccio al paziente intossicato PS: priorità



*Università di Pavia*

*Ospedale - Fondazione Maugeri I.R.C.C.S.*

## SERVIZIO DI TOSSICOLOGIA

### CENTRO NAZIONALE DI INFORMAZIONE TOSSICOLOGICA

### CENTRO RICERCHE

Tossicologia Clinica

Servizio di Informazione  
e Consulenza Esperta

Farmacovigilanza  
Tossicovigilanza

Toxi-Care

Emergenze chimiche  
terroristiche

**Centro Antiveleni**

 0382-26261

24444 (notte, festivi)

[cnit@fsm.it](mailto:cnit@fsm.it)

Incidenti Chimici

Emergenza Tossicologica

Industria - Trasporti

# Sistema Nazionale di Allerta Precoce – Report 2012

- Pubblicato il report 2012 del Sistema Nazionale di allerta precoce. Aumentate le segnalazioni: + 19,9% sul 2010. Tra le nuove droghe identificate, 36 cannabinoidi sintetici, 30 catinoni sintetici, 23 fenetilamine. 113 i siti di vendita segnalati
- Fondazione Maugeri CNIT-Progetto politiche antidroga- **N.E.W.S** - National Early Warning System (Adesione PS Ravenna al Progetto dal 2011)

# Caso clinico 1

Ore 4.00 Viene condotto al DEA dal personale del 118 un ragazzo di 18 anni per evidente stato di agitazione e confusione mentale.

Sono presenti anche le forze dell'ordine (112), intervenute sul posto per la chiamata dei vicini di casa in seguito a grida nell'abitazione del ragazzo.

Il personale del 118 e del 112 riferiscono un comportamento anomalo ed aggressivo: il ragazzo al loro arrivo ha tentato la fuga, infrangendo una porta di vetro, si è poi arrampicato su un albero con successiva caduta (da circa 150 cm).

La convivente, non presente in PS, avrebbe riferito da tempo un comportamento anomalo e rabbioso ed una recente perdita del posto di lavoro.

All'anamnesi remota: accesso al DEA a marzo 2013 per stato d'ansia (eseguita valutazione psichiatrica e consigliato bromazepam x gtt 3 volte/die) Nessuna terapia domiciliare



# Caso clinico 1

Eo cardiologico: toni tachicardici

Eo torace: mv presente

Eo addome: addome trattabile, non dolente

Eo neurologico: GCS 15, non deficit, disorientamento spazio-temporale, agitazione. Pupille lievemente midriatiche, normoreagenti.

Multiple ferite da vetro al volto, cuoio capelluto, mano dx ed escoriazioni arti inferiori

Cute normoperfusa, congestione congiuntivale, xerostomia

## PARAMETRI VITALI

PA	FC	FR	T ascellare	Ossimetria
160/90	100R	30	37°	98%

# Caso clinico 1

Il paziente viene quindi sottoposto ad esami bioumorali, EGA, sedato con benzodiazepine ed inviato in radiologia per accertamenti.

Rx torace: nella norma

Rx colonna cervicale, dorsale e lombare: nella norma

RX bacino: nella norma

Eco addome: non versamento e non lesioni laceratocontusive del parenchima epatico, splenico, pancreatico e renale.

TAC encefalo: nella norma

# Caso clinico 1

- ECG: tachicardia sinusale
- Esami bioumoriali: WBC 25,11 x10<sup>9</sup>/L, creatinina 1,53 mg/dl, troponina 28 ng/L, alcolemia < 0,1 g/L, CPK 2907 u/L
- EGA: alcalosi respiratoria
- Screening sostanze abuso: **amfetamine** positivo, **metamfetamine** e **cannabinoidi** positivo

# Caso clinico 1

Il paziente viene quindi tenuto in osservazione per 12 ore, mantenuto sedato con benzodiazepine, idratato e monitorato (ECG, saturimetria e ctr troponina).

Al termine dell'osservazione, previo contatto telefonico con lo psichiatra di guardia, viene ricoverato in psichiatria con diagnosi di

“ Stato di agitazione in assunzione di amfetamine, metamfetamine e cannabinoidi in policonfuso con rabdomiolisi”

## Caso Clinico 2

- Uomo di 33 anni giunge al DEA accompagnato dal 118 e 113 proveniente da un bar della periferia
- Dopo abbondante bevuta di alcol ha aggredito il barista
- I parenti riferiscono che e' seguito dai servizi territoriali psichiatrici per disturbo di personalita'
- Negli ambulatori del DEA il pz e' agitato, intrattabile, aggressivo, ostile al personale con distorsione cognitiva e della capacita' percettiva - "tutto il mondo lo perseguita"

# Caso Clinico 2

- EO: tremori diffusi, T 37,8°C, PA 190/110, FC 160' , SatO2 98%, midriasi pupillare bilaterale. ECG: TPSV --- ripristino RS con Ca antagonista
- Richiesti es. laboratorio con troponina, CPK, **alcolemia** (1,5 gr/l) e tossicologico urine (pos. per **cocaina**)
- Accentuazione del comportamento violento che porta alla contenzione e alla sedazione del paziente.
- Richiesta consulenza psichiatrica nel DEA

# Commento

- **Quadro clinico da abuso di alcol e cocaina**
- L'alcol potenzia durata ed effetto della cocaina (alcol --- carbossilesterasi---cocaetilene (metabolita attivo, cardiotox e che aumenta dipendenza fisica e dall'alcol)
- L'assunzione congiunta delle 2 sostanze e' associato ad un maggior rischio di morte improvvisa rispetto all'uso disgiunto
- Presenza di un disturbo del comportamento precedente: ricordando che l'uso di cocaina puo' complicarsi con una psicosi paranoidea anche in soggetti che tornano psicologicamente stabili dopo l'assunzione di sostanze

**Tabella 1. Dati DAWN 2002: principali sostanze di abuso (in ordine di frequenza) che portano a una visita nel DEA.**

---

1. Alcol (in associazione con altre sostanze)

---

2. Cocaina

---

3. Marijuana

---

4. Eroina

---

5. Amfetamine

---

6. Metamfetamina

---

7. PCP

---

8. MDMA (Ecstasy)

---

9. GHB

---

10. Inalanti

---

11. Allucinogeni eterogenei

---

12. LSD

---

13. Ketamina

---

Fonte: Drug Abuse Warning Network, 2003: Interim National Estimates of Drug-Related Emergency Department Visits. See Reference 65.

---



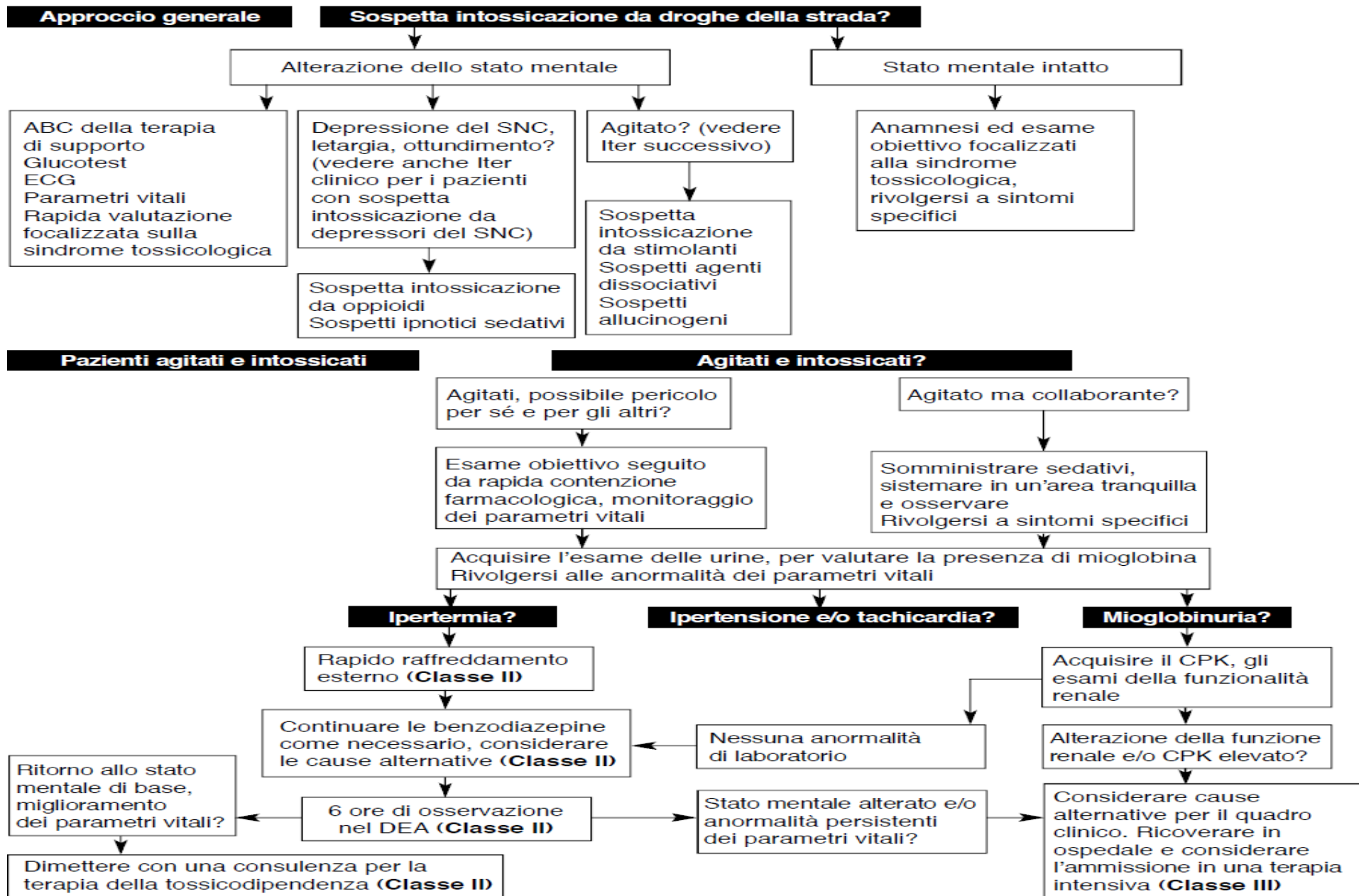
**Tabella 3. Reperti dell'esame obiettivo focalizzato alle sindromi tossicologiche.**

<b>Gruppo</b>	<b>Segni vitali</b>	<b>Stato mentale</b>	<b>Esame obiettivo</b>
Stimolanti	Ipertensione, tachicardia, ipertermia, tachipnea	Eccitazione, euforia	Midriasi, aumento della peristalsi, diaforesi, tremori
Sedativi-ipnotici	Ipotensione, bradicardia, apnea	Stupore, coma, linguaggio confuso	Diminuzione della peristalsi, iporeflessia
Carenza di sedativi ipnotici	Ipertensione, tachicardia, tachipnea, ipertermia	Eccitazione, ansia	Midriasi, aumento della peristalsi, diaforesi, nausea, tremori, convulsioni
Oppiodi	Ipotensione, bradicardia, apnea e respiro superficiale, ipotermia	Stupore, letargia, coma	Miosi, diminuzione della peristalsi, iporeflessia
Carenza di oppioidi	Ipertensione, tachicardia	Da normale ad agitato, ma orientato	Midriasi, aumento della peristalsi, diaforesi, iperattività, nausea, vomito, rinorrea, piloerezione
Allucinogeni	Ipertermia, ipertensione	Agitato ma orientato, psicosi, panico	Midriasi, sinestesia
Agenti dissociativi	Ipertensione, tachicardia, ipertermia	Disorientamento, letargia, distorsione dell'immagine corporea, allucinazioni, coma, depersonalizzazione	Miosi, nistagmo, atassia, vomito

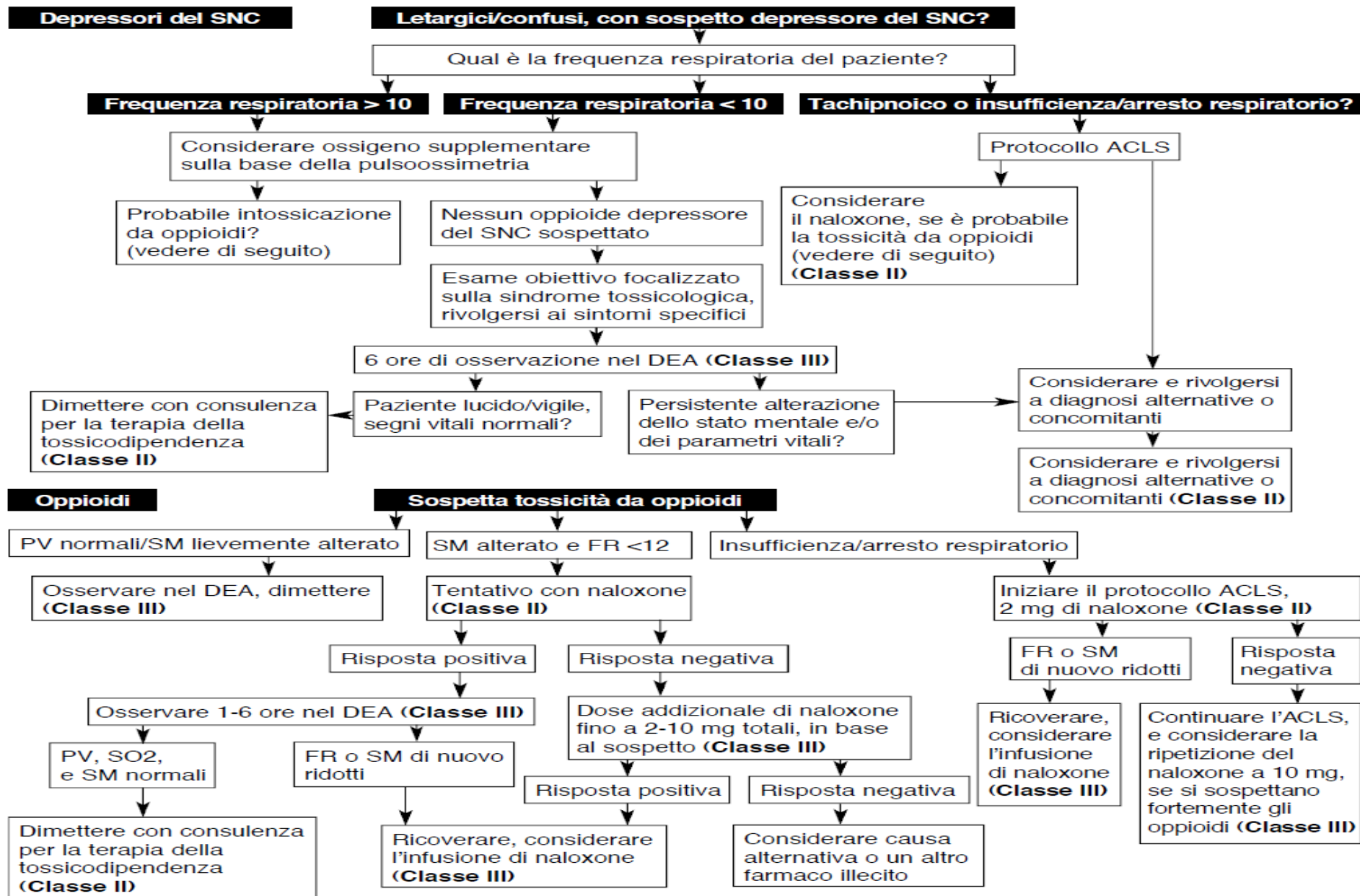
**Tabella 4. Tabella dei trattamenti specifici per le singole droghe.**

<b>Classe della droga</b>	<b>Presentazione clinica</b>	<b>Trattamento</b>
<b>Agenti dissociativi</b> (PCP, Ketamina)	Agitazione	Benzodiazepine
	Ipertermia	Misure di raffreddamento esterno, benzodiazepine
	Rabdomiolisi	Idratazione endovenosa, sedazione
<b>Allucinogeni</b> (LSD)	Agitazione	Benzodiazepine
<b>Stimolanti del SNC</b> (Cocaina, Analoghi dell'amfetamina)	Agitazione	Benzodiazepine
	Ipertermia	Misure di raffreddamento esterno, benzodiazepine
	Rabdomiolisi	Idratazione endovenosa, sedazione
	Dolore toracico e ischemia miocardica	Nitroglicerina, benzodiazepine, fentolamina
	Convulsioni	Benzodiazepine considerare il bicarbonato se associate alla cocaina
	Aritmie	Protocollo ACLS; considerare il bicarbonato di sodio se associate alla cocaina
<b>Sedativi del SNC</b> (GHB, Oppioidi)	Depressione respiratoria	Misure di supporto
	Depressione dello stato mentale	Osservazione nel DEA Se l'oppiaceo è noto, tentare di antagonizzare l'effetto con il naloxone

# Iter clinico: approccio generale ai pazienti intossicati e trattamento dei pazienti intossicati e agitati



# Iter clinico: pazienti letargici o confusi con una sospetta intossicazione e trattamento della tossicità da oppioidi



# Positivita' Droghe 2012 PS Ravenna: n°247

- Cannabinoidi TCH: 67
- Cocaina: 29
- Oppiacei : 31
- BDZ: 99
- Metadone : 18
- Amfetamine e metamfetamine..Ecstasy  
MDMA: 3

# Pronto Soccorso Ravenna 2012

80.884 accessi

## Esotossicosi alcolica:

- 2012: richiesti da A.G. 126; **positivi 32** > 0,5 g/l
- 2012: richiesti da PS Ravenna 1011; **positivi 513** > 0,5 g/l

## ACCORDO TRA IL DEA DEL PO DI RAVENNA E IL SPDC DEL DSMDP

- ***Dipartimento Salute Mentale e  
Dipendenze Patologiche-UO  
Emergenza-Urgenza- SPDCUO***
- ***Dipartimento Emergenza –Urgenza-  
Pronto Soccorso e Medicina d’Urgenza***

## **Consulenza psichiatrica SPDC in PS dopo valutazione (es lab tac cons neuro ecc.)**

Pz critico o complesso con grave disturbo del comportamento

Pz con dubbia demenza

**Pz con intossicazione o astinenza**

**Pz agitato e violento se intossicato o neurologico**

Pz che ha subito violenza fisica e/o psicologica

- **Visita psichiatrica SPDC con PIC**

Pz conosciuti dall'SPDC (accesso diretto)

Pz psichiatrici puri - dopo visita in PS

ASO – TSO

Da rivedere e migliorare rapporti con Servizio Dipendenze Patologiche (dati pz)

- **Utilizzo strutture DEA da parte dell'SPDC**

Attento utilizzo per “appoggi” SPDC della Medicina d'Urgenza posta al 3° piano

Attento invio in PS di “Codici Rossi”



# Gruppo di Lavoro Emergenza Regione Emilia-Romagna dal 2006

- Gestione del paziente con sospetta intossicazione da droghe d'abuso in Emergenza-Urgenza: raccomandazioni per il trattamento extra e intraospedaliero
- Terapia, collegamenti in rete, metodi analitici, schede sinottiche droghe d'abuso
- SPDC, Sert, Medici di Laboratorio, Medici di Pronto Soccorso ( Rimini, Ravenna, Forlì, Ferrara, Reggio Emilia, Bologna) e Tossicologi (Pavia)

# COLLEGAMENTO TRA PRONTO SOCCORSO, SERVIZI PSICHIATRICI E SERVIZI DI CURA DELLE DIPENDENZE

Paziente **CON** problematiche psichiatrico-comportamentali

Visita in Pronto Soccorso

Consulenza psichiatrica presso DEA/SPDC

Attivazione SERT da parte dello psichiatra

Paziente **SENZA** problematiche psichiatrico-comportamentali

Visita in Pronto Soccorso

dimissione

ricovero

Se il paziente è disponibile ad affrontare problematiche di abuso di sostanze stupefacenti attivare contatto con SERT entro 24 ore (o in tempo reale)

Attivazione SERT da parte del reparto di competenza

# Collaborazioni tra Sistema Emergenza-Urgenza e Servizi socio-sanitari

- **Dati in comune:** epidemiologia incidenti stradali, overdose, tossicodipendenti, alcolisti
- **Segnalazioni reciproche**
- **Percorsi diagnostico-terapeutici comuni** (DEU-SERT-SIMAP), servizi socio-sanitari, MMG
- **Percorsi con Autorita' Giudiziaria, Forze dell'Ordine**
- Definizione e perfezionamento di **protocolli locali di "Allerta" rapida e "Attenzione"** (M.D.M.A -monitoraggio sostanze e manifestazioni d'abuso )



Grazie