

Cap. 22

ETILISMO, TOSSICODIPENDENZA E PATOLOGIA PSICHIATRICA



ETILISMO, TOSSICODIPENDENZA, PATOLOGIA PSICHIATRICA

Il soccorritore può dover affrontare persone che, per vari motivi, potrebbero mostrare disturbi comportamentali con turbe di difficile valutazione. Lo scopo di questo capitolo è di individuare i compiti e le competenze proprie dell'equipe di soccorso durante il contatto con persone alcolizzate, tossicodipendenti, e psichiatriche.

Affronteremo il problema dell'assunzione volontaria di sostanze che possono modificare il grado di percezione della realtà e/o le capacità di reazione dell'individuo soffermandoci sugli aspetti relativi alle conseguenze immediate dell'assunzione.

E' importante da subito chiarire alcuni termini che si riferiscono ad aspetti caratteristici di questi abusi:

Droga: sostanza naturale o sintetica in grado di creare dipendenza;

Tossicodipendenza: stato d'intossicazione derivata dall'assunzione di droghe;

Tossicomania: abitudine a far uso di droghe;

Tolleranza o assuefazione: assunzione di una determinata sostanza fino a determinarne una progressiva riduzione degli effetti e la necessità conseguente di aumentarne le dosi;

Dipendenza fisica e psichica: la dipendenza fisica è attribuita al blocco della funzione dei recettori cui la sostanza si lega e produce effetti specifici per ogni droga, la dipendenza psichica è definibile come il disagio, l'insoddisfazione derivante dall'interruzione dell'uso di una droga e che sviluppa il desiderio di riassumerla;

Sindrome d'astinenza: insieme di sintomi derivanti dall'interruzione dell'uso di una droga e sopprimibili con la riassunzione della medesima.

ETILISMO

Con questo termine s'intende l'abuso d'alcool etilico acuto o cronico, in altre parole le alterazioni comportamentali e/o organiche indotte dall'eccesso d'alcool.

L'assunzione di alcool si distingue dagli abusi che tratteremo in seguito per alcuni aspetti:

- L'alcool etilico è un alimento il cui uso moderato non induce modificazioni sensibili;
- L'alcool etilico sviluppa dipendenza in modo assai variabile (da soggetto a soggetto);
- Gli episodi d'etilismo acuto possono essere occasionali in soggetti non dediti abitualmente all'abuso alcolico.

Segni e sintomi:

- Euforia;
- Loquacità;
- Disinibizione;
- Sonnolenza;
- Diminuzione della capacità di giudizio;
- Vertigini;

- Perdita d'equilibrio;
- Calo della capacità visiva;
- Andatura barcollante;
- Aumento dei tempi di reazione;
- Nausea;
- Vomito;
- Diplopia (visione doppia);
- Sudorazione profusa;
- Ipotermia;
- Midriasi;
- Incoordinazione motoria;
- Stato confusionale;
- Difficoltà a parlare;
- Amnesia;
- Aumento della soglia del dolore;
- Agitazione;
- Comportamento violento.

Con tassi d'alcoolemia più elevati si arriva ad avere una persona con disturbi gravi della coscienza, fino al coma profondo, depressione grave della respirazione, morte.

Trattamento:

Se cosciente:

- Autoprotezione;
- Valutare l' ABC;
- Evitare che il paziente assuma comportamenti a rischio per se stesso e per gli altri;
- Trasportare tranquillamente il paziente per non favorire il vomito;
- Non procedere al caricamento coatto, cercare di convincerlo spiegandogli che è una soluzione a tutela della sua salute.

Se incosciente:

- Autoprotezione;
- Valutare l' ABC;
- Allertare 118;
- Posizionare il paziente in posizione laterale di sicurezza (se non si sospetta trauma!);
- Tenere a disposizione un aspiratore;
- Prevenire l'ipotermia;
- Controllare la funzionalità respiratoria;
- Somministrare ossigeno;
- Non sottovalutare altre cause: traumi cranici, intossicazioni da farmaci.

INTOSSICAZIONE ACUTA DA EROINA O ALTRI OPPIACEI (OVERDOSE)

L'eroina determina effetti variabili secondo la quantità assunta e il grado d'assuefazione del tossicodipendente.

L'intossicazione acuta da eroina può provocare (segni e sintomi):

- Deficit della coscienza
- Miosi;
- Depressione respiratoria
- Coma
- Segni di venopuntura

Non sottovalutare altre cause: traumi cranici, ipoglicemia, assunzione di altri farmaci (raccogliere un'anamnesi completa da trasmettere al Pronto Soccorso di destinazione).

Nei casi di sovradosaggio (overdose) si può arrivare allo stato di coma con grave depressione respiratoria fino all'arresto respiratorio, cardiaco, e alla morte della persona.

La quantità d'eroina necessaria a determinare l'overdose varia da persona a persona in rapporto al grado d'assuefazione.

Trattamento:

- Autoprotezione: perché gli eroinomani spesso presentano gravi malattie trasmissibili con il sangue (epatite B, C, HIV);
- Utilizzare sempre i guanti;
- ABC;
- Allertamento 118;
- Somministrare ossigeno;
- Rilevare la presenza di siringhe appena utilizzate e di sangue evitando il contatto diretto;
- Non abbandonare sulla scena del soccorso siringhe e altro materiale infetto.

IL PAZIENTE PSICHIATRICO

La crisi psichiatrica acuta è spesso una patologia difficile da valutare in cui convivono aspetti tra loro contrastanti: in alcuni casi può prevalere l'improvviso manifestarsi o il precipitare di chiari disturbi comportamentali, mentre in altri prevale una ridotta capacità d'accettazione o comprensione del paziente da parte dei presenti.

Ciò deve indurre il soccorritore, se possibile, a mantenere la massima cautela ad emettere giudizi e prendere provvedimenti, conservando il massimo rispetto per le persone coinvolte e un'autonomia decisionale in relazione ad eventuali pressanti richieste di trasporto in ospedale da parte di familiari, di semplici cittadini o anche delle Forze dell'ordine.

Nella valutazione del paziente il soccorritore può sospettare un'urgenza psichiatrica in alcune situazioni:

Crisi psichiatrica acuta

Segni e sintomi:

- Comportamento aggressivo (anche contro se stesso) o irrazionale da parte del soggetto;
- Irrequietezza (fino all'agitazione psicomotoria) non giustificata o sproporzionata rispetto agli eventi;
- Comportamento assente, la persona pur sembrando vigile risulta estraniata dall'ambiente circostante non rispondendo alle domande o agli stimoli;
- Stato depressivo (crisi di pianto), stato delirante (irrealtà), stato allucinatorio;
- Stati d'abbandono e d'incuria (anche personale) o stati di rallentamento psicomotorio, talvolta imputabili a terapie sedative.

Trattamento:

- Autoprotezione;

- ABC;
- Raccogliere informazioni dall'utente stesso (se possibile) o da coloro che hanno richiesto l'intervento;
- Escludere altre cause non psichiatriche;
- Allertamento 118 in caso di TSO o pazienti aggressivi.

Durante il contatto con il paziente psichiatrico il soccorritore dovrà mantenere un atteggiamento professionale e rispettoso della persona sia nel caso in cui prevalgano gli stati d'eccitazione o aggressività, sia quando risultino preminenti gli aspetti d'abbandono (personale e sociale) e di depressione. Se è possibile, instaurare un rapporto verbale diretto e privato con la persona al fine di rendergli evidente l'offerta di comprensione e aiuto, evitando di mentire e di usare giri di parole poco chiari. Mantenere la calma ed avere un atteggiamento di cortesia senza reagire agli insulti, non mostrare superficialità o impazienza verso i problemi e gli atteggiamenti del paziente, mantenere il contatto visivo con il paziente e usare un linguaggio chiaro e semplice; mostrarsi sicuro e rilassato senza assumere toni autoritari o paternalistici; controllare la presenza d'eventuali ferite da autolesionismo; non usare termini ritenuti offensivi (matto, pazzo ecc.).

Il soccorritore deve sempre preoccuparsi della sicurezza propria qualora il soggetto si mostri aggressivo e violento oppure si trovi ad operare in situazioni di scarsa sicurezza:

- Accertarsi di avere sempre una via di uscita;
- Osservare se il paziente possiede potenziali armi;
- Mantenere la distanza di sicurezza;
- Mantenerlo nel proprio campo visivo senza voltargli le spalle;
- Non vi è l'obbligo di intervenire se il soggetto minaccia cose o persone: allertare il 118 per l'invio delle forze dell'ordine cui compete l'eventuale intervento coercitivo.

Il soccorritore dovrà garantire anche la sicurezza della persona psichiatrica, evitando che assuma comportamenti a rischio (attraversare strade, salire su cornicioni); alla presenza di chiaro rischio di suicidio (paziente che sta per buttarsi dalla finestra) è lecito intervenire anche con la forza (art. 54 c.p.).

E' importante ricordare che nessun provvedimento può essere attuato (anche il trasporto in ospedale) senza il consenso del paziente (devono essere volontari) tranne nei casi previsti dalla legge: il TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio) e, laddove previsto dal Piano Sanitario Regionale, l'ASO (Accertamento sanitario Obbligatorio).

TSO (TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO)

Il TSO è un provvedimento che è preso su richiesta di un medico che attesti tre requisiti fondamentali:

- Il paziente presenta alterazioni psichiche che necessitano d'urgenti terapie;
- Il paziente rifiuta tali trattamenti;
- Le terapie richieste non sono attuabili in ambito extra ospedaliero e, conseguentemente, viene indicata la struttura presso cui inviare il paziente.

Il TSO è un vero e proprio trattamento coatto, cioè imposto/obbligato, a tutela della salute del paziente. Viene richiesto da un medico e deve essere convalidato da un altro medico entrambi sul posto: la richiesta deve essere poi inoltrata a mezzo della Polizia Municipale o dei Carabinieri al Sindaco per la convalida definitiva.

Tale provvedimento coercitivo deve essere eseguito dalla Polizia Municipale o dai Carabinieri. L'equipaggio dell'ambulanza ha solo il compito di accompagnare il paziente e di compiere le normali operazioni di pertinenza sanitaria. Al soccorritore non viene richiesto alcun compito di contenimento o di costrizione fisica del paziente.

CRISI ISTERICA

Con questo termine s'intendono situazioni di non sempre facile interpretazione, che generano apprensione nei presenti e, talvolta, anche nei soccorritori più esperti. Si tratta di un disturbo psichico (spesso in persone giovani) che può simulare differenti quadri clinici.

Segni e sintomi:

- Similepilettico: è il quadro più frequente. Distinguibile dalla vera crisi epilettica per alcuni elementi quali: non vi è perdita di coscienza, il paziente cadendo a terra non subisce traumi (cade schivando gli ostacoli), la crisi è teatrale ed esagerata, spesso con urla e pianti, si manifesta in presenza di persone, la durata è prolungata, è spesso riconoscibile un motivo o una situazione scatenante; la persona non ha perdita d'urine o segni di morso alla lingua;
- Manifestazioni neurologiche varie eventualmente associate alle convulsioni (cecità, paralisi ecc);
- Altre manifestazioni: crisi con tremori, parestesie, iperventilazione.

Trattamento:

- Autoprotezione;
- ABC;
- Non usare risvegli traumatici (schiacci, ecc.);
- Raccogliere informazioni sanitarie (farmaci assunti, precedenti sanitari);
- Allontanare i presenti (spesso sono la causa scatenante della crisi);
- Mantenere la calma e dimostrarsi disponibili a risolvere la situazione;
- Escludere eventuali cause organiche (attacco cardiaco, epilessia, convulsioni ecc.).

NB: Il paziente psichiatrico:

- È una persona malata, non un rompiscatole o un maleducato;
- Se è violento, probabilmente lo è o per paura e difesa, o perché condizionato dalla malattia (non è un delinquente);
- Non è libero di comportarsi liberamente in quanto "incarcerato" nella malattia (così come un paziente con frattura di femore non può camminare!);
- Va valutato caso per caso: la psichiatria è complessa e richiama molte situazioni patologiche (la schizofrenia, l'attacco di panico, l'ansia, la depressione, deliri e allucinazioni, disturbi ossessivo-compulsivi, ...), e di conseguenza vi sono diverse manifestazioni comportamentali che richiedono interventi individualizzati e ponderati;
- Non è un malato inguaribile; a volte il primo anello della riabilitazione è proprio rappresentato dal nostro intervento che permette l'accesso alle cure specialistiche;
- Se non si può guarire, si può curare per diminuire la sofferenza sua e della famiglia, con conseguente beneficio di tutti.