CON IL CONTRIBUTO INCONDIZIONATO DI:

aspen

BIOMEC

Boehringer Ingelheim

IBSA

Lilly

LABOREST

mdm

ThermoFisher SCIENTIFIC

II° CONGRESSO
INTERREGIONALE SIMEU ABRUZZO MOLISE
"ITINERARI IN EMERGENZA URGENZA"
CHIETI, 6/7 Maggio 2016
Auditorium del Rettorato
Università "G. d'Annunzio"

II° CONGRESSO **INTERREGIONALE SIMEU ABRUZZO MOLISE**

"ITINERARI IN EMERGENZA URGENZA"

CHIETI, 6/7 Maggio 2016

Auditorium del Rettorato
Università "G. d'Annunzio"

Patrocinio richiesto

REGIONE ABRUZZO

R ABRUZZO
ZIA SANITARIA REGIONALE

OMCEO CHIETI

IPASVI

PRESIDENTE DEL CONGRESSO
DOTT.SSA MARIA DI FELICE

SIMEU
società italiana medicina d'emergenza-urgenza
ABRUZZO MOLISE

URGENZA

EMERGENZA

CRISI

IN PSICHIATRIA

La Malattia Mentale è una "*Emergenza*"

Considerazioni preludenti

AUMENTANO LE PERSONE CON DISTURBI PSICHICI. L'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ DICHIARA CHE NEL 2020 LA DEPRESSIONE MAGGIORE UNIPOLARE SARÀ LA PIÙ DIFFUSA AL MONDO TRA LE MALATTIE MENTALI E IN GENERALE LA SECONDA MALATTIA PIÙ DIFFUSA DOPO LA CARDIOPATIA ISCHEMICA.

Murray CJ, Lopez AD. Lancet. 1997

MEDICINA ORDINARIA: INTERVENTO D' URGENZA PER RISOLVERE/STABILIZZARE PROBLEMA SOMATICO

ASSE D' INTERVENTO PSICHIATRICO: "CONTESTUALE SPOSTAMENTO CENTRIFUGO".

"*LA SITUAZIONE ACUTA, CONSENTENDO LA SODDISFAZIONE DI BISOGNI REGRESSIVI COSI' IMMEDIATI, CHE DIFFICILMENTE RIESCONO AD ESSERE MENTALIZZATI, PUO' FAVORIRE UNA SORTA DI TOSSICOMANIA DELL'URGENZA*".

De Martis e Vender 1993

L'OPERATORE E' "COSTRETTO" AD AGIRE IMMEDIATAMENTE.

TALVOLTA L'AZIONE TERAPEUTICA PIU' EFFICACE PUO' ESSERE L'ATTESA.

CRISI

Ostacolo verso importanti obiettivi della vita…..

Caplan, 1961

CRISI MATURATIVE:

Sovvertimento cognitivo/affettivo

CRISI FORTUITE:

Periodi di sconvolgimento psicologico da eventi di perdita significativi

RISCHIO IN PSICHIATRIA
Fattori Psicopatogenetici

Scatenanti	Favorenti
- Affettivi - Economici	- Emarginazione - Età - Emigrazione
- Culturali	- Processi maturativi - Cambiamenti - Eventi stressanti

EMERGENZA

IN PSICHIATRIA

Taluni autori (F.Asioli)

Emergenza≠Urgenza: Pura disquisizione accademica

MODELLO MEDICO

Minaccia Integrità Biologica e/o vita stessa del paziente

EMERGERE ⇔ **USCIR FUORI**

Figlio di "*MERGERE*": Star dentro

Radice linguistica "*MEZG*"

EMERGENZA

"Situazione che richiede pronta attenzione. Possibilità rinvio intervento. Elemento "*emergente*" ruolo secondario e non affrontabile"

URGENZA

Situazione richiedente subitaneo intervento

Intervento terapeutico "**RAPIDO**"

(Inclusività concetto di **ACUZIE**)

URGENZA IN MEDICINA	URGENZA IN PSICHIATRIA
Insorgenza improvvisa sintomatologia GRAVE: infarto, ictus cerebrale, ulcera perforata	**Urgenza non improvvisa, ma progressiva, ingravescente**
Richiede intervento immediato, per evitare conseguenze più gravi o, come spesso accade, per mantenere in vita il soggetto	L'intervento "non serve" a mantenere in vita il soggetto
Interventi immediati e complessi Ricovero in ambiente specializzato: Unità coronarica, rianimazione, chirurgia,…	La necessità di ricorrere al ricovero non è sempre presente
Esiste tendenziale accordo, fra curante, familiari e pazienti (se coscienti), sul da farsi	L'accordo sul "che fare" non sempre esiste

URGENZE

CLASSIFICAZIONE

URGENZE CHE NECESSITANO DI RISPOSTA PSICHIATRICA

(Farmacologica, Contenimento, Ricovero). Quadro propriamente psicopatologico: D. affettivi, depressivi e maniacali, disturbi d'ansia, scompensi deliranti. Sono ad eziopatogenesi funzionale endogena. Vi rientrano le reazioni psichiche abnormi ad eventi esterni (lutti, violenze, separazioni, arresti)

URGENZE CHE NECESSITANO DI RISPOSTA SOMATICA

Sintomatologia somatica richiedente intervento immediato, anche se presente psicopatologia (Scompensi nell'alcolismo: delirium tremens); Intossicazione volontaria da farmaci; Lesioni auto-provocate a scopo suicidario

URGENZE CHE NECESSITANO DI RISPOSTA SOCIO-AMBIENTALE E/O ASSISTENZIALE

- Condizioni cliniche che necessitano intervento rapido ma con risposte "sociali" più che mediche. Bisogni della quotidianità (cibo, igiene, alloggio). Relazioni familiari e sociali critiche. Coinvolgimento psichiatra (sintomi psichici – collegamento fra istituzione sanitaria, sociale e famiglia)

URGENZE CHE NECESSITANO DI RISPOSTE "GIUDIZIARIE"

- Legate all'espressione di comportamenti violenti. Richiesta "impropria" di intervento psichiatrico. Comportamenti affrontati e contenuti dalle forze dell'ordine
- Intervento psichiatrico (crisi dopo intervento polizia)
- Intervento psichiatrico (perizie post-atti delittuosi)

URGENZE IN PSICHIATRIA

LIVELLI DI INTERVENTO

MINORE

Colloquiale
Farmacologico

MAGGIORE

T.S.O.

Proposta + Convalida

48 h da convalida

Ordinanza del Sindaco

In caso di irreperibilità, scadute le 48 h, l'ordinanza decade

Esecuzione ricovero

7 giorni

48 h

Giudice tutelare

Fine del ricovero

Convalida

(Salvo richiesta proroga del Responsabile SPDC)

Mancata Convalida

(Decadenza Immediata)

Gianfranco Tamagnini

URGENZA PSICHIATRICA

CARATTERISTICHE

Patologie psichiatriche rappresentano quadri clinici a lento sviluppo temporale

Fra l'insorgenza dei sintomi e la loro "esplosione" acuta non è stato praticato alcun intervento o interventi inadeguati (stigma, scarsa compliance)

Non è sempre la gravità del disturbo a determinare la necessità dell'intervento urgente

(Rapporto con l'ambiente)

L'importanza di un trattamento rapido non deve indurre a risposte a corto circuito

TRIAGE NEL PAZIENTE PSICHIATRICO

- Alterazione di uno o più parametri vitali
- Paziente con violenza auto e/o etero diretta
- Etilismo acuto non controllabile
- Psicosi acuta (delirium, allucinazioni, grave agitazione psicomotoria, Gravi turbe affettive e/o ideative) **NON controllabili** dall'eventuale accompagnatore

SI → CODICE

NO

- Psicosi acuta (delirium, allucinazioni, grave agitazione psicomotoria, Gravi turbe affettive e/o ideative) **Controllabile dall'eventuale accompagnatore**
- Fobie o Panico **Non Controllabili** dall'eventuale accompagnatore

SI → CODICE

NO

- Fobie o Panico **Controllabile** dall'eventuale accompagnatore

Patologia lieve non in rapporto con la malattia psichica di base, che è in fase di quiescenza

SI → CODICE

CASI EMBLEMATICI
URGENZA PSICHIATRICA

DISTURBO UMORE MONOPOLARE: CRISI DEPRESSIVA

DISTURBO UMORE BIPOLARE: MANIACALITA’

STATO PSICOTICO ACUTO CON PRESENZA DI DELIRIO

DISTURBI DI PERSONALITA’ OVE SUSSISTONO ALTERAZIONI COMPORTAMENTALI “*IMPORTANTI*”

ABUSO DI *S.O.S.* TANZE: INTOSSICAZIONE ACUTA

SINTESI CAPACITA' RICHIESTE ALL'OPERATORE PSICHIATRICO

COMUNICAZIONE EMPATICA E RELAZIONALE

RICOSTRUZIONE DELLA STORIA E DI RAGIONAMENTO CLINICO

GESTIONE FARMACOLOGICA

ANCORA SULLE CAPACITA' DELL'OPERATORE

SDRAMMATIZZARE	ASSUMERSI LA RESPONSABILITA'
Tranquillizzare le persone che si sentono minacciate	**Manifestare sicurezza nelle decisioni, pieno controllo della situazione**
Trasmettere disponibilità all'ascolto ed alla comprensione	Evitare inganni o sotterfugi circa il proprio ruolo e le finalità dell'intervento
Gli altri operatori presenti vanno coinvolti o allontanati	Non stigmatizzare la richiesta di ricovero
Vicini o curiosi coinvolti o allontanati	**Assumersi inizialmente tutta la delega allevia l'angoscia dei familiari coinvolti**
Evitare il rifiuto immediato del ricovero	Allontanare i presenti coinvolti sul piano emotivo
Utilizzare un linguaggio semplice, chiaro, accessibile e "non ambiguo"	Evitare ogni collusione coi familiari o altri accompagnatori
Evitare commenti diretti sulle "convinzioni" del paziente e sui suoi comportamenti bizzarri	Non assumere atteggiamenti moralistici o punitivi verso il paziente o i familiari
Creare atmosfera di rispetto per la condizione di sofferenza del paziente e di partecipazione attenta ai problemi presentati	**Accettare che sia il paziente a stabilire di cosa parlare, cercando di portare poi il discorso sulla crisi attuale**

FARMACI ED URGENZE

- *Se si escludono le **BDZ** che, a dosaggi opportuni hanno effetti relativamente pronti (15-30').*
- *Gli altri farmaci disponibili (i **NEUROLETTICI**) necessitano di tempi ancora più lunghi per fornire effetti terapeutici.*
- *Gli **ANTIDEPRESSIVI** non hanno effetti prima di 15-20 giorni, anche se somministrati e.v.*

F. Asioli

SFIDE PRINCIPALI
URGENZE COMPORTAMENTALI

AUTO-DIREZIONALITA

SUICIDIO

COMPORTAMENTI AGGRESSIVI

ETERO-DIRETTI

URGENZE COMPORTAMENTALI
AUTO-DIREZIONALITA'

SUICIDIO	**800.000/Anno/Mondo 1/40 Secondi (O.M.S.)** **>Maschi (3/1) O.M.S. 2014**	**Ogni caso di morte che risulti direttamente o indirettamente da un atto compiuto dalla vittima stessa, consapevole di produrre questo risultato**
SUICIDIO DIMOSTRATIVO	**>Donne (4/1)**	I mezzi utilizzati e gli atti compiuti non erano idonei a procurare la morte, il paziente ha richiesto aiuto e sapeva che sarebbe stato soccorso. Il gesto ha significato di richiesta, di attenzione, di vantaggi secondari, di intenzioni rivendicative o intenti punitivi verso gli altri
SUICIDIO MANCATO	Tentativo di suicidio che idealmente non è riuscito, nonostante i mezzi e gli atti fossero idonei	
PARASUICIDIO	Atto ad esito non fatale ove si inizia un comportamento non abituale che, senza l'intervento esterno, causerà autolesione, oppure ingerisce sostanze a dosi non terapeutiche.	
IDEAZIONE SUICIDARIA	L'individuo sperimenta l'idea di auto sopprimersi, pur con gradi molto diversi di elaborazione ed intensità, senza arrivare alla messa in atto.	

RISCHIO SUICIDARIO

FATTORI DI RISCHIO

- Precedenti gesti auto lesivi (rischio 5-6 volte superiore, soprattutto nei 3 mesi successivi al precedente tentativo)
- Recente dimissione da un reparto psichiatrico
- Tratti di personalità di tipo impulsivo
- Anamnesi familiare positiva per suicidio, storia di precoci perdite familiari o di violenza in famiglia
- Sesso maschile
- Eventi stressanti precedenti (recente lutto, problemi finanziari, legali o affettivo/sentimentali, notizia di malattia grave o cronica)
- Disoccupazione
- Basso livello sociale
- Isolamento sociale (vedovi, separati, divorziati, single)
- Comportamenti suicidi nell'ambiente (Aspetti emulativi)
- Facile accesso a potenziali mezzi auto lesivi
- Malattie somatiche con marcata componente algica

INTERVENTI

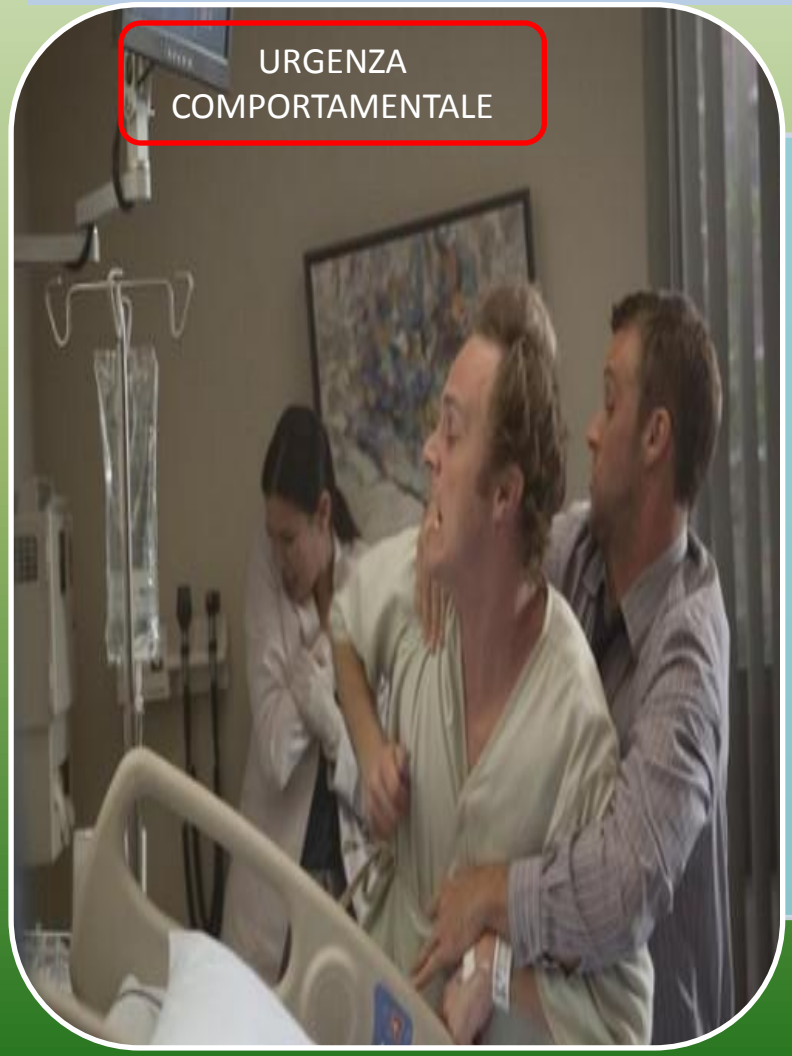
- Trattenere ogni paziente potenzialmente a rischio
- Implicazioni medico-legali (valutazioni e decisioni ben documentate)
- Decisione non facile e NON DELEGABILE
- Se non si è certi della valutazione del rischio, ricoverare il paziente in O.B.I.P.
- Utile coinvolgere i familiari nella decisione
- Ospedalizzazione: Valutazione vantaggi e svantaggi della degenza
- Relatività importanza intervento farmacologico (latenza azione antidepressivi)

COMPORTAMENTI AGGRESSIVI ETERO-DIRETTI *SCHIZOFRENIA*

- Delirio di persecuzione ed influenzamento
- Interpretazione delirante dell'ambiente
- Reazione alla presunta imposizione esterna nell'agire, nel pensare, nel sentire
- Reazione ad allucinazioni uditive
- Reazione alla vicinanza fastidiosa, molesta e limitativa delle altre persone
- ***Sintomatologia "positiva" (….Etero-Aggressività)***
- Superamento Sintomatologia "positiva" (….Auto-Aggressività)

- ***Pensiero Paleologico***

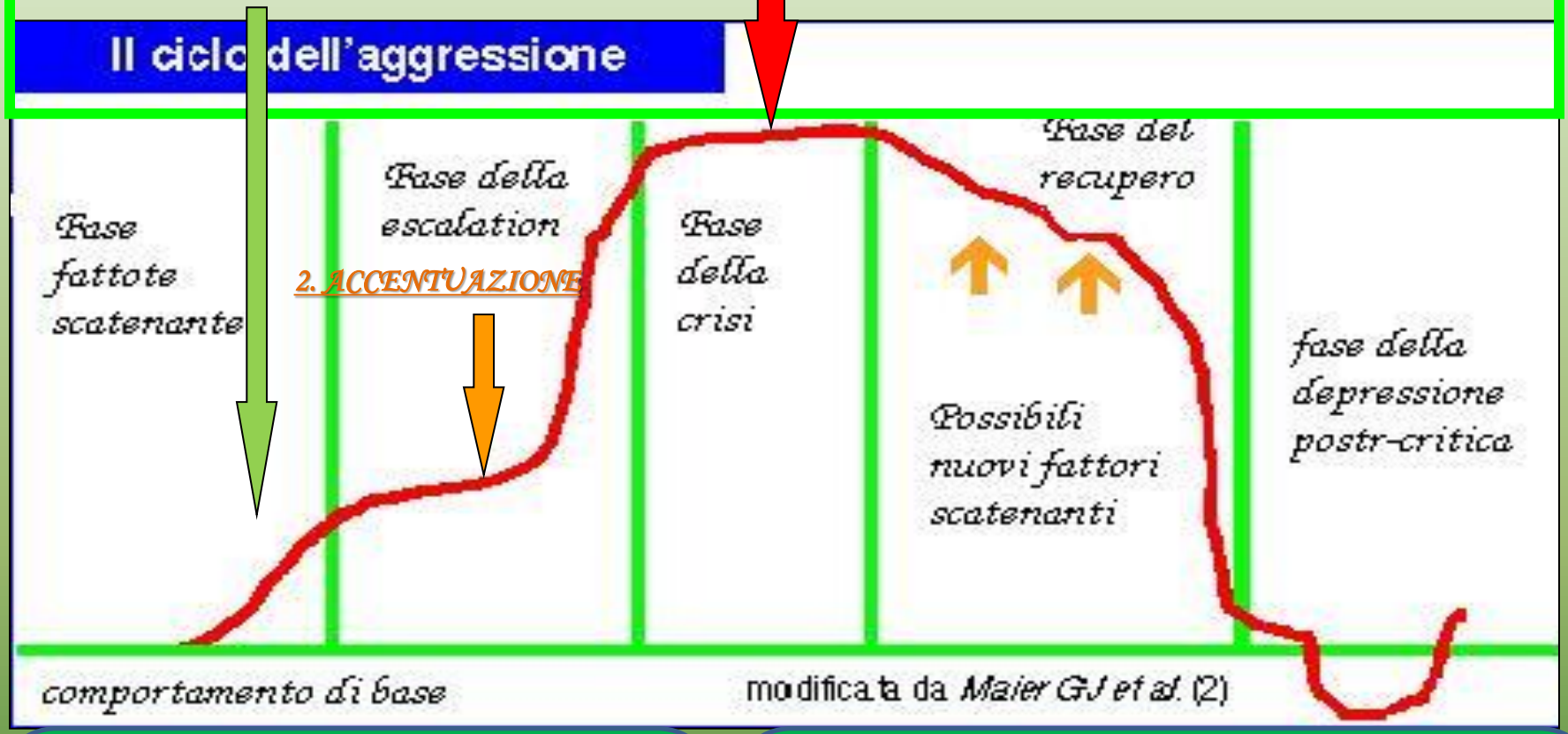
TRATTAMENTO PAZIENTE *"VIOLENTO"* IN SITUAZIONI DI URGENZA



- Caratteristiche fisiche ambiente ove svolgere colloquio.
- Sicurezza Paziente ed Operatori
- Paziente aggressivo mai lasciato solo
- Risvolti antropologici

3 Fasi: *1. IRREQUIETEZZA*

3. AGGRESSIONE



AROUSAL

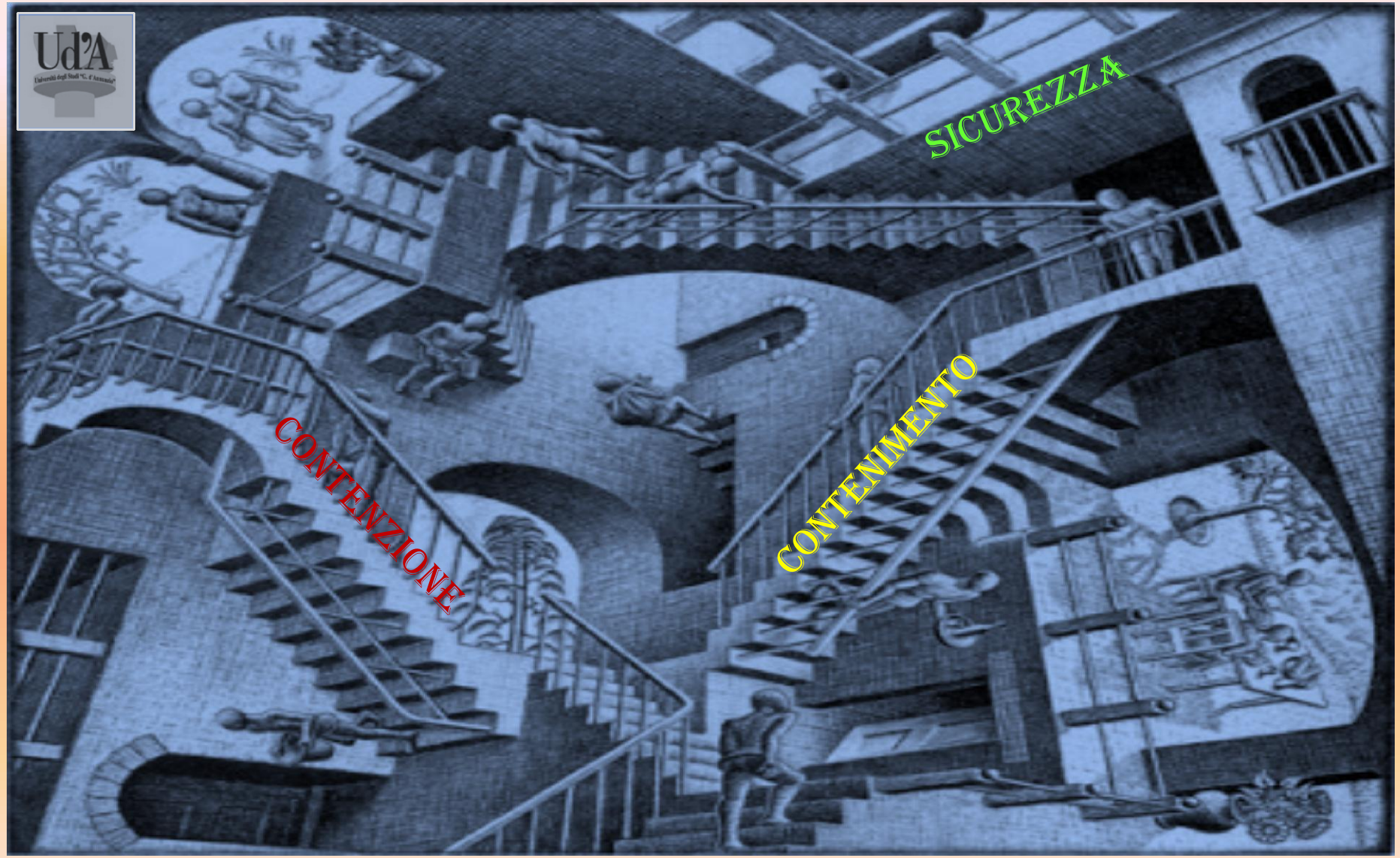
DE-ESCALATION

AROUSAL - DE-ESCALATION

1. Prestare attenzione ai primi segni; evitare ingravescenza sintomatologia. Scoprire "Trigger";
   enfatizzare "autoanalisi paziente
2. Alternative gestione ansia: luogo meno stimolante. Paziente "stato-dipendente".
3. Farmacoterapia….Investimento simbolico…
4. Aiutarlo esprimere percezioni. No assecondamento (psicologia comportamentale)
5. Stabilire "limiti comportamentali" (confini) – No posizione vittimologica
6. Ultimo atto prima fase: Allontanare astanti

1. Scostamento linea basale P.E. marcato: interventi tempestivi – No indifferenza. "de-escalation". Deviare percorso comportamentale (Es. Borderline – stato dipendente)
2. Comunicazione assertiva (fra aggressiva e passiva) – (direzionalità,specificità, positività)
3. Errori (domande chiuse neutre, domande chiuse suggestive). SI (domande "rinvio")
4. Difficoltà comprensione: Semplificazione (no completa o complessa ma plausibile – cosmo ideologico)
5. PROSSEMICA – Comunicazione Analogica ("Guardare" "Sorridere" "Arretrare senza voltarsi" "Abbigliamento congruo operatore") (Aspetto mimico intervistatore, No promesse non rispettabili, no paternalismi). VARIABILI COMUNICATIVE : Numeriche, Analogiche Paraverbali (Mehrabian). Variabili utilizzo registro prevalentemente verbale.
6. Diade comunicativa e posizione laterale 30°

CUM~TENERE



ERRORI EMOTIVI E COMPORTAMENTALI CON IL PAZIENTE VIOLENTO ~ (URGENZA COMPORTAMENTALE)

ERRORI "*CONTROTRANSFERALI*" IN SENSO PSICHIATRICO/CRIMINOLOGICO

Errori derivanti da rabbia, frustrazione, suscitati da contatto col Paziente.

1. Non adeguato alla realtà ritenere di sedare pazienti agitati e pericolosi con le sole parole;
2. Atteggiamento "seduttivo" "sostenendo" le ragioni del paziente;
3. Atteggiamenti "reattivi" (SIMMETRIA);
4. Mostrare "paura" e "ostentazione di sicurezza";
5. Minimizzare e negare pericolosità del paziente (Errata Razionalizzazione);

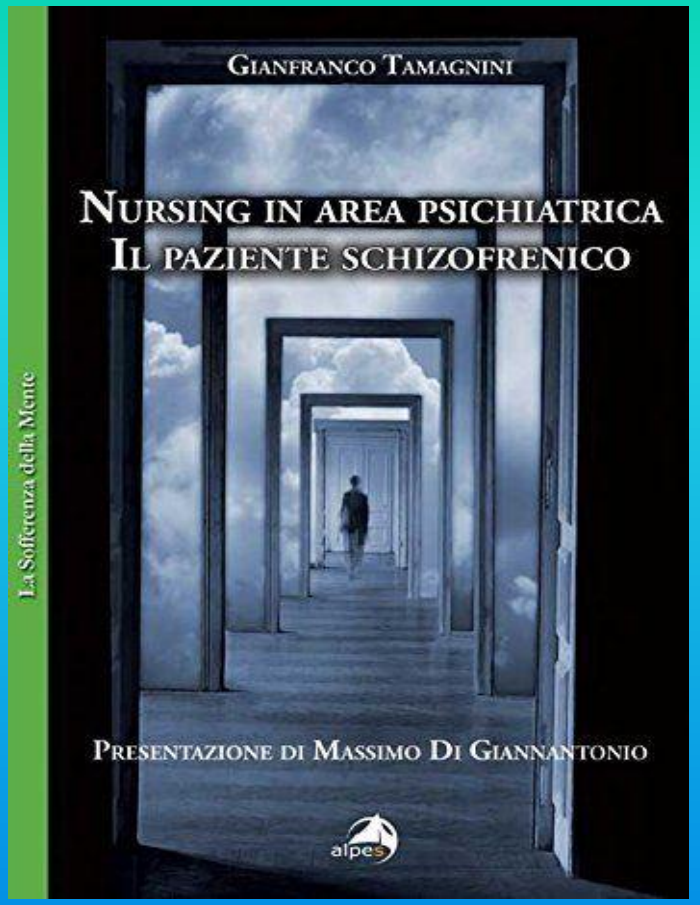
COSA DIRE O FARE CON UN PAZIENTE CHE MINACCIA CON UN'ARMA- **(URGENZA COMPORTAMENTALE)**

TECNICHE COMUNICATIVE **DE-ESCALATION**

1) Sfruttamento del narcisismo *(Del. Megalomanico);*
2) Riduzione tensione attraverso il garante *(Perché non utilizzare la presenza di una persona che sia di sua fiducia?);*
3) Aggancio emotivo *(dialogo su persone significative – figli, genitori…);*
4) Effetto umanizzante della familiarizzazione *(Offrire sigaretta, dividere e consumare del cibo, condivisione esperienze…);* Accomunare sentimenti può rappresentare un freno inibitorio alla violenza indiscriminata;
5) Creazione nemico esterno comune *(simmetria – Rinforzo?);* U.S.A.
6) Attenzione gratificante a quanto di adeguato è proposto e richiesto dal paziente che minaccia *(Riavere figli, reintegrazione lavoro, riparare ingiustizia subita…) – Atteggiamento empatico accettante;*
7) Dissociazione fra linguaggio verbale e messaggio emotivo *(Confessione operatore proprio timore per le armi non seguita da "preghiere" – "Riconoscimento supremazia" dell'armato;*
8) Rispetto significato di sicurezza dell'arma *(proscritti ordini autoritari e ricattatori di consegnare l'arma, avvicinarsi al paziente armato con gesti eroici inconsulti e minacciosi.)*
9) "Ubbidienza uniforme" – *Comportamento uniforme e costante operatori coinvolti. Non Differenziarsi dal gruppo (chi si differenzia dal gruppo, per qualsiasi motivo, che viene aggredito ed ucciso per primo).*

Grazie Per L'ascolto

BIBLIOGRAFIA



Titolo: Nursing in area psichiatrica. Il paziente schizofrenico
Autore: Gianfranco Tamagnini
Editore: Alpes Italia
Collana: La sofferenza della mente
Data di Pubblicazione: Marzo 2015
Pagine: XII-164