
TRATTAMENTO DELL'AGITAZIONE PSICOMOTORIA:

Psicopatologia, Diagnosi, Comorbidità



Dott Bruno Pacciardi
Università di Pisa

Definizione di Agitazione Psicomotoria:

- Forma estrema di eccitazione, caratterizzata dall'aumento dell'attività verbale e motoria
- Può essere causata da una varietà di patologie sia mediche che psichiatriche
- Determina una compromissione del rapporto tra medico e paziente tale da interferire con il processo diagnostico e terapeutico

Definizione Secondo il DSM 5:

“...Eccessiva attività motoria associata ad una sensazione di tensione interna. L'attività è generalmente improduttiva e ripetitiva ed è caratterizzata da comportamenti stereotipati come camminare, dimenarsi, sfregarsi le mani, tirare i vestiti e dall'incapacità di rimanere fermi...”

(DSM 5, 2013)

Definizione Secondo il DSM 5:

Caratterizzata da ...

- Irrequietezza motoria
- Iperreattività agli stimoli
- Irritabilità
- Attività motoria inappropriata e/o afinalistica
- Riduzione del sonno
- Fluttuazione dei sintomi

*(modificato da Lindenmayer JP "The pathophysiology of agitation".
J Clin Psychiatry. 2000;61 Suppl 14:5-10)*

Inquadramento diagnostico dell'Agitazione:

Per l'eterogeneità di presentazione e la variabilità dei meccanismi causali sarà opportuno inquadrare l'agitazione come possibile via finale comune di processi patologici diversi che spaziano dalla psichiatria, alla neurologia, alla medicina generale

(Lindenmayer, 2000)

Inquadramento diagnostico dell'Agitazione:

Per gli stessi motivi sarà utile considerare l'agitazione non una sindrome valutabile in modo categoriale (e quindi stabilire se un paziente è agitato oppure no), ma sarà invece opportuno inquadrarla come un fenomeno che si manifesta in senso dimensionale

(Lindenmayer, 2000)

Inquadramento diagnostico dell'Agitazione:

L'agitazione si colloca quindi lungo un continuum che spazia dai casi di attivazione ideativa e comportamentale (quelli che complicano le valutazioni in pronto soccorso) fino ai più gravi episodi acuti (quelli che culminano con la violenza verso persone e oggetti)

*(modificato da Lindenmayer JP "The pathophysiology of agitation".
J Clin Psychiatry. 2000;61 Suppl 14:5-10)*

Inquadramento diagnostico dell'Agitazione:

Lungo tale continuum l'agitazione:

“...può assumere la forma bizzarra e giocosa tipica dell'eccitamento maniacale, quella di scarica motoria incontrollata con crisi di furore pantoclastico, come nella schizofrenia catatonica, oppure ancora quella di manifestazione motoria incoordinata e inconcludente caratteristica delle demenze e delle oligofrenie...”

(Sarteschi & Maggini, 1982)

Non riguardano l'Agitazione Psicomotoria:

- Il comportamento violento o illegale
- Il rifiuto delle terapie
- Gli atteggiamenti critici verso le terapie
- Comportamenti oppositivi (farmaci/esami)
- Il turpiloquio o l'aggressività verbale
- Le intossicazioni volontarie

Non riguardano l'Agitazione Psicomotoria:

- I rifiuti del trattamento e gli atteggiamenti oppositivi alle cure esulano dalla trattazione dell'agitazione
- Il paziente deve essere considerato competente a decidere del proprio trattamento fino a prova contraria
- Esistono dei limiti sanciti dall'attuale legislazione in merito allo stato di necessità

(Pons, Carulla, Calcedo-Barba et al 2000)

RESEARCH ARTICLE

The capacity of schizophrenia and bipolar disorder individuals to make autonomous decisions about pharmacological treatments for their illness in real life: A scoping review

Enric Vincens Pons¹ | Luis Salvador-Carulla² | Alfredo Calcedo-Barba³ |
Silvia Paz⁴  | Thomas Messer⁵ | Bruno Paccardi⁶ | Scott L. Zeller⁷

¹Department of Psychiatry, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, Spain

²Centre for Mental Health Research, Research School of Population Health, College of Health and Medicine, Australian National University, Canberra, Australia

³Department of Psychiatry, Hospital Gregorio Marañón, Medical School at the Universidad Complutense de Madrid, Madrid, Spain

⁴SmartWriting4U, Benicassim, Spain

⁵Department of Psychiatry, Danuviusklinik, Pfaffenhofen, Germany

⁶Psychiatric Unit, Santa Chiara University Hospital, University of Pisa, Pisa, Italy

⁷Department of Psychiatry, University of California, California, USA

Correspondence

Alfredo Calcedo-Barba, Department of Psychiatry Hospital Gregorio Marañón, Doctor Esquerdo 46, 28007 Madrid, Spain.
Email: calcedo@ucm.es

Abstract

Background and aim: Having decision making capacity is central to the exercise of autonomy in mental health care. The objective of this scoping review is to summarize the evidence on the capacity of people with schizophrenia or bipolar disorder to make decisions about their treatment in real life to support medical practice.

Methods: Systematic search of observational studies on the assessment of capacity of patients with schizophrenia, psychosis, or bipolar disorder to make healthcare and treatment-related decisions, conducted in any clinical setting published up to January 31, 2020 was performed. Free text searches and medical subject headings in English were combined in PubMed, Scopus, CINAHL, and PsycInfo. Publications were selected as per inclusion and exclusion criteria. The Newcastle-Ottawa Scale for observational studies was used to assess the quality of publications.

Results: Thirty publications were reviewed. According to the Newcastle-Ottawa Scale criteria, the publications reviewed were good quality. Findings showed that more than 70% of schizophrenia and schizoaffective disorder outpatients understood treatment options at the point of making decisions about their illness and healthcare. Patients treated voluntarily had considerably better scores for decisional capacity than those treated involuntarily. The burden of psychiatric symptoms could compromise decisional capacity temporarily. Decision-making capacity improved over time from admission to discharge from hospital, and with treatment among psychiatry inpatients. Schizophrenia and bipolar disorder patients could be as competent as non-psychiatric individuals in making decisions about their treatments in everyday life.

Conclusions: This scoping review provides a body of evidence for healthcare professionals in need of assessing the capacity of schizophrenia and bipolar disorder patients for autonomously decide about their treatments. Decisional capacity judgments should consider variations in capacity over time and be based on the type of decision to be made, the severity of symptoms, and the specific phase of the mental disorder.

This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

© 2020 The Authors. *Health Science Reports* published by Wiley Periodicals LLC.

Agitazione Psicomotoria: un problema medico

- L'agitazione psicomotoria non rappresenta una condizione di esclusivo interesse psichiatrico
- Frequentemente si verifica nei più disparati contesti medici o chirurgici
- Interferisce con il processo diagnostico e terapeutico
- Può mettere in pericolo il paziente

(De Fruyt & Demyttenaere, 2004)

Agitazione Psicomotoria: un problema medico

L'agitazione va spesso ad interferire con la valutazione medica in un momento in cui sarebbe particolarmente necessaria, impedisce una diagnosi ed un trattamento adeguati e pertanto richiede un rapido intervento per evitare rischi al paziente

Il primo approccio al paziente:

Il clinico chiamato ad intervenire sui casi di agitazione deve mediare tra esigenze contrastanti:

da un lato il trattamento dovrebbe essere basato su una valutazione delle più probabili cause, dall'altro l'urgenza della situazione richiederebbe l'inizio di un trattamento per poter proseguire con l'iter diagnostico

(Michael H Allen et al., 2005

“Emergency Psychiatry” in Stern, Rosenbaum, Fava, Biederman, & Rauch, 2008)

Il primo approccio al paziente:

Nel primo intervento ricordare: l'obiettivo del trattamento dell'agitazione non è la sedazione, ma il ristabilimento di condizioni che permettano di proseguire con il processo diagnostico e terapeutico



*(M. P. Wilson, Pepper, Currier,
Holloman, & Feifel, 2012
Hays, Jolliff, & Casavant, 2012)*

Il primo approccio al paziente:

- Intervento psichiatrico mira a ristabilire le condizioni minime che consentano di procedere verso una diagnosi
- Ristabilita la praticabilità di assistenza, esami e test strumentali si potrà giungere a formulare delle ipotesi causali
- Il trattamento potrà a quel punto mirare alle cause e non alla riduzione dei sintomi

Indagare le cause dell'agitazione:

Possiamo ricordare a questo proposito il caso di una paziente visitata in consulenza presso il reparto di medicina di urgenza per un episodio di agitazione complicato da allucinazioni uditive ed idee deliranti di nocumento. Una volta trattata con una minima dose di antipsicotico la paziente aveva un grado di collaborazione sufficiente per completare una valutazione medica generale comprendente esami ematochimici e neuroradiologici. Alla luce dei risultati era stato possibile diagnosticare una vasculite, che aveva quindi risposto positivamente alla terapia cortisonica, praticata in ambiente medico e non psichiatrico. La paziente non ha avuto in seguito ulteriori necessità di trattamenti neurofarmacologici.

Indagare le cause dell'agitazione:

L'agitazione può essere causata da una varietà di patologie sia mediche che psichiatriche.



Indagare le cause dell'agitazione:

- L'identificazione dei processi patologici alla base dei quadri di agitazione psicomotoria (con la relativa diagnosi differenziale) è una questione prioritaria
- L'agitazione potrebbe essere l'unica manifestazione di una condizione medica o chirurgica che, se non riconosciuta, metterebbe in serio pericolo il paziente

Indagare le cause dell'agitazione:

Esiste una vasta gamma di possibili cause di agitazione psicomotoria

- Cause mediche generali:
- Cause neurologiche:
- Cause farmacologiche:
- Cause legate all'uso di alcool/stupefacenti:
- Cause legate alla patologia psichica

Indagare le cause dell'agitazione:

Cause organiche per sintomi psichiatrici (acronimo VICTIMS DIE)	
<u>V</u>ascolari	Demenza multi infartuale, altre sindromi ischemiche, encefalopatia ipertensiva, vasculiti
<u>I</u>nfettive	Infezioni urinarie, sindromi da immunodeficienza acquisita, ascesso encefalico, meningite, encefalite, neurosifilide, tubercolosi, malattia da prioni
Neoplastiche (<i>Cancer</i>)	Neoplasie del SNC (primarie o metastatiche), neoplasie endocrine, neoplasie pancreatiche, sindromi paraneoplastiche,
<u>T</u>raumatiche	Emorragia intracranica, commozione cerebrale
Tossiche (<i>Intoxication</i>)	Alcool o stupefacenti (effetto diretto o astinenza), tossine ambientali, terapie psichiatriche (effetti collaterali o livelli tossici)
<u>M</u>etaboliche	Ipossiemia, Iper- o Iponatriemia, ipoglicemia, chetoacidosi, encefalopatia uremica, iper- o ipotiroidismo, disfunzioni delle paratiroidi, malattia di Cushing, insufficienza epatica, malattia di Wilson, porfiria acuta intermittente, feocromocitoma, deficit di vitamina B ₁₂ , deficit di tiamina (sindrome di Korsakoff), deficit di niacina (pellagra)
Meccaniche (<i>Structural</i>)	Idrocefalo normoteso
<u>D</u>egenerative	Malattia di Alzheimer, Parkinson, Pick
Autoimmuni (<i>Immune</i>)	Lupus eritematoso sistemico, artrite reumatoide, sindrome di Sjogren,
Neurologiche (<i>Epilepsy</i>)	Crisi parziali, epilessia del lobo temporale, stati post-ictali

modificato da Stern, T. A., Rosenbaum, J. F., Fava, M., Biederman, J., & Rauch, S. L. (2008). *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry: Elsevier Health Sciences.*

Indagare le cause dell'agitazione:

- Se ci limitiamo a sedare il paziente corriamo il rischio di trascurare segnali che possono invece aiutarci a riconoscere le cause dell'attuale condizione
- Un trattamento mirato alla stabilizzazione comportamentale (permettendo ai medici di completare l'iter diagnostico) aiuterà ad identificare e trattare la patologia alla base dell'agitazione

Indagare le cause dell'agitazione:

Un paziente con noti precedenti psichiatrici si presenta agitato, viene pesantemente sedato in pronto soccorso e ricoverato in psichiatria

In seguito il sopore ed i sintomi confusionali successivi sono interpretati come postumi del trattamento neurolettico

I picchi di febbre come possibile SMN

Poi però inizia a presentare rigidità nucale

Viene quindi diagnosticata una infezione a livello di SNC che avrebbe reso necessario un trattamento aggressivo ...ma con antibiotici

Valutare la comorbidità nell'agitazione:

- Il ruolo delle patologie mediche nell'agitazione psicomotoria non è esclusivamente di natura eziologica
- Alcuni pazienti con agitazione possono avere condizioni mediche che non sono coinvolte nell'agitazione (comorbidità)
- Tali patologie possono però influenzare drammaticamente la risposta del paziente agli eventuali trattamenti psicotropi

Valutare la comorbidità nell'agitazione:

In tali casi la valutazione della comorbidità medica nell'agitazione assume una importanza paragonabile a quella della diagnosi e della diagnosi differenziale, essendo legata alla necessità di identificare le patologie che possono influenzare significativamente la tollerabilità al trattamento psicotropo dell'agitazione

Valutare la comorbidità nell'agitazione:

Un eventuale blocco atrio ventricolare o una tachicardia da rientro nodale raramente potranno essere coinvolti nell'eziopatogenesi di un episodio di agitazione; ma potranno influenzare in modo anche drammatico la risposta di un paziente agitato ad un NRL Tipico

Valutare la comorbidità nell'agitazione:

Una grave asma raramente potrà causare un episodio di agitazione; ma potrebbe diventare molto pericolosa in caso di somministrazione (magari endovenosa) di benzodiazepine ad un paziente che giunge agitato in pronto soccorso

Valutare la comorbidità nell'agitazione:

- Il punto focale nella gestione del paziente agitato è la formulazione di ipotesi sulle possibili cause dell'episodio e riguardo alle patologie eventualmente presenti
- Ogni condizione medica, chirurgica o tossica andrà quindi esplorata sia in relazione al possibile ruolo causale nell'agitazione, che alla possibile influenza sulla tollerabilità ai trattamenti

LA VALUTAZIONE MEDICA NEI CASI DI AGITAZIONE PSICOMOTORIA

La valutazione medica del paziente agitato:

La prima cosa da fare nell'intervento medico psichiatrico in una situazione di emergenza è escludere la ragionevole possibilità che il paziente abbia una malattia da trattare in ambiente medico oppure in ambiente specialistico di rianimazione; es. un delirium da cause organiche

(ridotta saturazione di ossigeno, squilibri idroelettrolitici, etc.)

Wilson MP, Pepper D, Currier GW, Holloman GH Jr, Feifel D. The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta psychopharmacology workgroup. West J Emerg Med. 2012 Feb;13(1):26-34. Hays H, Jolliff HA, Casavant MJ. The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the American association for emergency psychiatry project BETA psychopharmacology workgroup. West J Emerg Med. 2012 Dec;13(6):536.

La valutazione medica del paziente agitato:

Fattori indicativi di possibile condizione patologica di **alto rischio** per il paziente agitato

anomalie dei parametri vitali

sintomi e segni neurologici

evidenze di trauma cranico

diminuzione dei livelli di vigilanza con deficit attentivi

modificato da: Nordstrom K, Zun LS, Wilson MP, Md VS, Ng AT, Bregman B, Anderson EL. Medical evaluation and triage of the agitated patient: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta medical evaluation workgroup. West J Emerg Med. 2012 Feb;13(1):3-10



La valutazione medica del paziente agitato:

Nei casi a rischio se imprescindibile ai fini dell'intervento si può procedere con rapida tranquillizzazione ed eventualmente con una contenzione, ma sarà necessario trasferire non appena possibile il paziente nella specialistica a lui più adeguata (medicina, chirurgia, rianimazione)

Wilson MP, Pepper D, Currier GW, Holloman GH Jr, Feifel D. The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta psychopharmacology workgroup. West J Emerg Med. 2012 Feb;13(1):26-34. Hays H, Jolliff HA, Casavant MJ. The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the American association for emergency psychiatry project BETA psychopharmacology workgroup. West J Emerg Med. 2012 Dec;13(6):536.

La valutazione medica del paziente agitato:

La valutazione iniziale del paziente agitato dovrebbe almeno tentare di stabilire:

- il livello di rischio del paziente
- la funzionalità degli organi ed apparati
- le condizioni mediche e chirurgiche presenti
- la sede ed il livello di trattamento necessario
- una possibile causa dello stato di agitazione
- una diagnosi provvisoria

(Nordstrom K, Zun LS, Wilson MP, Md VS, Ng AT, Bregman B, Anderson EL. Medical evaluation and triage of the agitated patient: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta medical evaluation workgroup. West J Emerg Med. 2012 Feb;13(1):3-10.)

La valutazione medica del paziente agitato:

In un paziente di età avanzata erano presenti alterazioni dello stato di coscienza complicate da gravi episodi di agitazione, con aggressività verso persone e cose.

Durante le crisi acute, alle fasi di agitazione si alternavano momenti di rallentamento e, a tratti, di sopore. Il paziente in alcuni momenti si immobilizzava, cominciava a fissare con gli occhi certi punti lungo la parete per poi riprendere ad agitarsi nuovamente. Dopo una iniziale diagnosi di sindrome astinenziale da alcolici, in effetti confortata dalle informazioni fornite dai familiari, gli accertamenti neuroradiologici avevano messo in evidenza la presenza di processi espansivi di tipo secondario a livello dell'encefalo. In seguito il proseguimento dell'iter diagnostico aveva identificato anche la patologia di partenza a livello epatico. Il trattamento era stato impostato all'inizio con benzodiazepine e poi con minime dosi di risperidone permettendo di completare l'iter diagnostico ed avviare le cure palliative.

La valutazione medica del paziente agitato:

- La valutazione medica dovrebbe essere completata prima di attribuire una natura esclusivamente psichiatrica ad un disturbo e se possibile anche prima di procedere con una aspecifica sedazione
- Attenzione ad attribuire troppo facilmente una causa esclusivamente psichica ad un episodio di agitazione, si può mettere a rischio il paziente

La valutazione medica del paziente agitato:

La valutazione delle condizioni mediche generali del paziente dovrebbe essere sempre completata non appena le circostanze lo consentano

Se l'agitazione impedisce la valutazione una Rapida Tranquillizzazione correttamente effettuata dovrebbe permettere di riprendere l'iter diagnostico e completarlo

La valutazione medica del paziente agitato:

- La presenza di un disturbo psichico non esclude in alcun modo la presenza di una patologia medica o chirurgica
- Il paziente psichiatrico, l'agitato o addirittura il simulatore possono essere affetti da gravi patologie anche senza saperlo
- Il normale iter diagnostico non va trascurato nei pazienti con agitazione psicomotoria che hanno noti problemi psichici

Un paziente maschio di circa 50 anni con grave stato di agitazione giunge accompagnato dalla polizia in pronto soccorso ove i medici in servizio chiamano immediatamente lo psichiatra in consulenza. Il paziente alterna momenti di irrequietezza motoria a momenti in cui si immobilizza in posizione di ascolto, urla frasi sconnesse, è piantonato dalle forze dell'ordine e non si lascia avvicinare dal personale medico. La polizia riferisce di averlo trovato per strada, senza documenti e senza che sia stato possibile ottenere da lui alcuna frase di senso compiuto. La mancanza di informazioni preventive, di esami e la verosimile presenza di dispercezioni uditive orienta verso l'impiego di antipsicotici atipici in formulazione parenterale. Il grave stato di agitazione rende inoltre consigliabile l'associazione con benzodiazepine. Il paziente viene trattato con una fiala di aripiprazolo in associazione con una fiala di diazepam per via intramuscolare e viene richiesto la collaborazione delle forze dell'ordine per garantire la sicurezza del personale che pratica la terapia e che si occupa del monitoraggio. Entro un lasso di tempo di circa un'ora il paziente comincia a manifestare segni di sedazione ma diviene accessibile al colloquio. Riferisce di essere senza fissa dimora da alcuni anni, di essere stato precedentemente trattato in ambiente psichiatrico per episodi sovrapponibili a quello attuale e di avere sempre sospeso in maniera autogestita le terapie neurolettiche consigliate. I test tossicologici sono negativi, l'ossigenazione del sangue è buona e l'esame obiettivo risulta privo di reperti significativi, ma l'elettrocardiogramma mostra segni di grave ischemia. Il paziente viene quindi trasferito in cardiologia per il proseguimento dell'iter diagnostico e terapeutico prima di poter essere accolto in psichiatria. Il trattamento psicotropo somministrato in assenza di informazioni non è stato tale da destabilizzare la condizione medica generale del paziente, che può quindi continuare la terapia psicotropa assumendo benzodiazepine per via orale.

La valutazione medica del paziente agitato:

Ma anche la presenza di un disturbo organico non conferisce alcun tipo di immunità nei confronti della psicopatologia

Es. un paziente chirurgico può essere affetto da un d. bipolare che esploderà in una fase eccitativa proprio nel post intervento

Considerare la possibilità della presenza di una patologia psichica anche in casi di accertata organicità (e quindi raccogliere l'anamnesi)

La valutazione medica del paziente agitato:

Attenzione:

il paziente che grida “..al lupo, al lupo..” può avere il lupo vicino e non saperlo

Il paziente non è necessariamente al sicuro se non grida “..al lupo, al lupo..”

Completare l'iter diagnostico

Raccogliere l'anamnesi



La valutazione medica del paziente agitato:

Vi possono essere situazioni limite in cui completare l'iter diagnostico non è fattibile

Il paziente che aggredisce il personale, quello che si presenta in uno stato di male epilettico o il paziente delirante che tenta di defenestrarsi, rendono difficile una pur minima valutazione

In tali casi si tenterà di ridurre l'agitazione a livelli tali da permettere almeno di avviare un iter diagnostico con un trattamento che sarà necessariamente di tipo sintomatologico (RT)

La valutazione medica del paziente agitato:

Quando si tratta un paziente in queste situazioni è essenziale ricordare che anche la mancanza di informazioni è un dato importante

Potrà infatti indirizzare la terapia verso alcuni tipi di trattamenti farmacologici ed escluderne altri, mantenendo il miglior profilo di sicurezza possibile compatibilmente con le circostanze

Alcuni farmaci non possono essere somministrati in assenza di informazioni preventive laddove invece altri composti hanno un accettabile margine di sicurezza

La valutazione medica del paziente agitato:

E' essenziale formalizzare i parametri mancanti e le ragioni per cui non è stato possibile completare le valutazioni nella documentazione clinica e nelle comunicazioni tra medici

Non appena le condizioni lo consentano l'iter diagnostico dovrebbe essere ripreso e la valutazione completata; in modo da poter continuare o modificare il trattamento farmacologico avviato in prima battuta

La valutazione medica del paziente agitato:

Purtroppo alcuni medici effettuano valutazioni soltanto parziali di pazienti che si presentano con sintomi psichiatrici acuti (agitazione)

Può capitare che vengano inviati all'osservazione psichiatrica senza alcuna forma di valutazione medica

Alcuni dei motivi: priorità dei pazienti più gravi, scarsa confidenza con sintomi psichiatrici, pregiudizio o semplicemente difficoltà di comunicazione con il paziente psichiatrico

(E. R. Williams & Shepherd, 2000a)

La valutazione medica del paziente agitato:

In una valutazione retrospettiva di come i pazienti psichiatrici erano stati valutati dai medici di ruolo nelle strutture di emergenza alcuni autori hanno rilevato che in circa il 50% dei casi la registrazione dei parametri vitali era carente e nel 6% era del tutto mancante

(Szpakowicz & Herd, 2008)

PRESA IN CARICO SPECIALISTICA DEL PAZIENTE:

Stabilizzato sul piano comportamentale e completata una prima valutazione medica si potrà decidere la sede di trattamento più opportuna

Per trattare il paziente in ambiente psichiatrico andranno escluse patologie mediche o chirurgiche non stabilizzate

Questo concetto è di solito indicato come “medical clearance”

(E. R. Williams & Shepherd, 2000b)

PRESA IN CARICO SPECIALISTICA DEL PAZIENTE:

Il concetto di “medical clearance” (Weissberg, 1979) si basa su precisi criteri:

Criteria per la “medical clearance for psychiatric examination”

assenza di condizioni mediche generali

presenza di condizioni mediche generali stabilizzate ed efficacemente controllate dalla terapia in corso

presenza di condizioni mediche generali stabilizzate ed efficacemente controllate che non sono correlate con l'attuale stato acuto del paziente

presenza di condizioni mediche generali sub acute che sono state efficacemente stabilizzate e non richiedono ulteriore monitoraggio in ambiente specifico

presenza di condizioni mediche generali sub acute che, pur richiedendo terapia di mantenimento, sono state efficacemente stabilizzate in pazienti con emergenza comportamentale

modificato da Weissberg MP: Emergency room medical clearance: An educational problem. Am J Psychiatry 136:787-780

PRESA IN CARICO SPECIALISTICA DEL PAZIENTE:

Ad oggi permangono forti controversie sulle modalità di intervento medico in emergenza e la medical clearance nel paziente psichiatrico

In linea generale però i punti stabiliti dall'autore nel 1979 possono ancora oggi essere considerati validi

Stabilita la medical clearance, il paziente agitato dovrebbe essere seguito in ambiente psichiatrico con il grado di protezione più adeguato alla sua psicopatologia

CONCLUSIONI

- L'agitazione psicomotoria è una sindrome comportamentale multiforme caratterizzata principalmente dall'eccitamento
- Si colloca lungo un continuum di gravità dalle forme più lievi a quelle più gravi
- Può essere causata da una varietà di patologie sia mediche che psichiatriche
- Interferisce con il processo diagnostico e terapeutico e può mettere a rischio il paziente

CONCLUSIONI:

- Attenzione alla diagnosi / d. differenziale
- Attenzione alla comorbidità
- Tentare di completare l'anamnesi
- Tentare di completare l'iter diagnostico
- Escludere eventuali fattori di alto rischio
- Verificare sempre la medical clearance

CONCLUSIONI:

La prima valutazione del paziente agitato dovrebbe almeno tentare di stabilire:

- Livello di rischio del paziente
- Funzionalità di organi ed apparati
- Condizioni mediche o chirurgiche presenti
- Sede ed il livello di trattamento necessario
- Possibili cause dello stato di agitazione
- Diagnosi provvisoria

CONCLUSIONI:

- Prima di attribuire una natura esclusivamente psichiatrica ad un disturbo
- Prima di procedere con una aspecifica sedazione

T H I N K