

# **SERVIZIO OPERATIVO SANITARIO**

**COMMISSIONE FORMAZIONE**

**SONA - VR**

**CORSO PER SOCCORRITORI**

**ETILISMO**

**TOSSICODIPENDENZE ACUTE**

**URGENZE PSICHIATRICHE**

**T.S.O.**



## **ATTENZIONE**

**Questo manuale deve essere associato ad uno specifico corso teorico e pratico, quindi quanto in esso riportate ed illustrate non deve essere eseguito o messo in pratica, senza aver preventivamente frequentato un corso di primo soccorso, tenuto da istruttori qualificati, dove vengano insegnate le nozioni e le tecniche, anche con simulazioni e prove pratiche utilizzando idonei presidi didattici (manichini ecc.....)**

**L'Associazione S.O.S. Sona in merito, declina ogni responsabilità dell'eventuale non corretto utilizzo del manuale.**



## ETILISMO, TOSSICODIPENDENZA, PATOLOGIA PSICHIATRICA

Il soccorritore può dover affrontare persone che, per vari motivi, potrebbero mostrare disturbi comportamentali di difficile valutazione e gestione. Lo scopo di questo capitolo è di individuare i compiti e le competenze proprie dell'équipe di soccorso durante il contatto con persone che abusano di alcol, sostanze stupefacenti o che presentano patologie 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 sulle 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 all'alterazione 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 comporta 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 o, 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:  
gravi alterazioni dello stato di coscienza, fino al coma profondo, depressione grave della respirazione, morte.

**Trattamento:**

*Paziente cosciente:*

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

*Paziente incosciente:*

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

## **INTOSSICAZIONE ACUTA DA EROINA (O ALTRI OPPIACEI).**

### **OVERDOSE**

L'eroina determina effetti variabili a seconda della quantità assunta del 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, altri farmaci (se possibile raccogliere un'anamnesi completa da trasmettere al PS di destinazione).

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

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

#### **Trattamento:**

1. Autoprotezione: perché persone che abusano di sostanze sono più esposte di altri a gravi malattie trasmissibili con il sangue (epatite B, C, HIV);
2. ABC;
3. Allertamento 118 per ALS
4. Somministrare ossigeno;
5. Rilevare la presenza di siringhe appena utilizzate e di sangue evitando il contatto diretto;
6. Utilizzare sempre i guanti;

7. 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 di quadri patologici latenti 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 tenere la massima cautela nell'emettere giudizi e nel prendere provvedimenti, avendo il massimo rispetto per le persone coinvolte e conservando la propria autonomia decisionale in relazione ad eventuali pressanti richieste di ricovero 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 sé 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 dato che non risponde a domande o a stimoli;
- ✓ Stato depressivo (crisi di pianto), stato delirante (irrealtà), allucinatorio;
- ✓ Stati d'abbandono e d'incuria (anche personale) o stati di rallentamento psicomotorio (talvolta imputabili a terapie sedative)



**Trattamento:**

1. Autoprotezione;
2. ABC;
3. Raccogliere informazioni dall'utente stesso (se possibile) o da coloro che hanno richiesto l'intervento;
4. Escludere altre cause non psichiatriche;
5. 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 rendere evidente l'offerta di comprensione e aiuto, evitando di mentire usando giri di parole poco chiari. Mantenere la calma e mostrare cortesia senza reagire agli insulti, non manifestare disinteresse 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 propria sicurezza qualora il soggetto si mostri aggressivo e violento oppure ci si trovi ad operare in situazioni di pericolo:

- ✓ Accertarsi di avere sempre una via di uscita;
- ✓ Osservare se il paziente possiede potenziali armi;
- ✓ Mantenere la distanza di sicurezza;
- ✓ Mantenere il pz nel proprio campo visivo senza voltargli le spalle;
- ✓ Non vi è l'obbligo di intervenire se il soggetto minaccia cose o persone: allertare 118 per l'invio di 112 o 113 cui compete l'eventuale intervento coercitivo.

Il soccorritore dovrà garantire anche la sicurezza del pz psichiatrico, evitando che assuma comportamenti a rischio (attraversare strade, salire su cornicioni). Alla presenza di un imminente tentativo 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 tranne che 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 preso su richiesta di un medico che attesti tre requisiti fondamentali:

- 1) Il paziente presenta alterazioni psichiche che necessitano d'urgenti terapie;
- 2) Il paziente rifiuta tali trattamenti;
- 3) Le terapie richieste non sono attuabili in ambito extra ospedaliero e, conseguentemente viene indicata la struttura presso cui avviare 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**

Si tratta di un disturbo psichico (spesso in persone giovani) che può simulare differenti quadri clinici e che può quindi generare apprensione negli astanti e anche nei soccorritori più esperti proprio per la sua non facile interpretazione:

### **Segni e sintomi:**

*Similepilettico*: è il quadro più frequente. Distinguibile dalla vera crisi epilettica per alcuni elementi quali: assenza di una vera e propria 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 mostra rilassamento sfinterico, segni di morso alla lingua o altre manifestazioni neurologiche variamente associate alle convulsioni (cecità, paralisi ecc);

Altre manifestazioni: crisi con tremori, parestesie, iperventilazione.

### **Trattamento:**

1. Autoprotezione;
2. ABC;
3. Non usare risvegli traumatici (schiacci ecc.)
4. Raccogliere un'anamnesi (farmaci assunti, precedenti);
5. Allontanare i presenti (spesso sono la causa scatenante della crisi);
6. Mantenere la calma e dimostrarsi disponibili a risolvere la situazione;
7. Escludere eventuali cause organiche (attacco cardiaco, epilessia, convulsioni ecc.).