

L'utilizzo degli psicofarmaci in Pronto Soccorso

Vincenzo Villari

Dipartimento di Salute Mentale TO I sud, DEA, Azienda Ospedaliero-Universitaria San Giovanni Battista di Torino

SINTESI

Una considerevole percentuale dei pazienti visitati in Pronto Soccorso (PS) presenta sintomi e/o disturbi di interesse psichiatrico che spesso non vengono riconosciuti, diagnosticati e trattati in modo appropriato. Ciò comporta un grave problema sia per il benessere dei pazienti e dei familiari, sia per i costi a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Per tale motivo appare importante raccomandare che lo psichiatra sia ben integrato nel PS e nel Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) e che vi siano protocolli concordati e condivisi che garantiscano la valutazione congiunta internistica e psichiatrica dei pazienti.

Le emergenze psichiatriche implicano aspetti comportamentali e soggettivi che richiedono un intervento rapido che assicuri un'efficace valutazione e gestione clinica del problema e, al tempo stesso, il più alto grado di sicurezza per tutti.

Tra tutte le emergenze psichiatriche quelle che assumono maggiore rilevanza in PS sono le emergenze comportamentali, nella cui gestione è indispensabile attuare un approccio basato sulla de-escalation dell'aggressività da parte di personale ben addestrato e un'efficace terapia farmacologica.

Una considerevole percentuale dei pazienti visitati in Pronto Soccorso (PS) presenta sintomi e/o disturbi di interesse psichiatrico che spesso non vengono riconosciuti, diagnosticati e trattati in modo appropriato. Ciò accade per molteplici motivi: i medici dell'emergenza non sempre sono preparati e sensibili verso questo tipo di disturbi; gli psichiatri non sempre sono ben sintonizzati con il linguaggio e la clinica dell'emergenza; i pazienti spesso ignorano o negano la natura dei loro problemi.

In PS è comune l'uso dell'espressione "paziente psichiatrico". In questa definizione operativa molto comune nel linguaggio dell'emergenza, dove c'è il costante bisogno di comunicazioni chiare e rapide (un paziente è spesso definito "chirurgico", "neurologico" ecc.), nel nostro caso probabilmente c'è un secondo significato sottinteso. Il "paziente psichiatrico" è diverso dagli altri, ottiene una diversa considerazione, segue percorsi diversi nel PS ed è totalmente delegato allo psichiatra sulla base di un pregiudizio che può avere molte cause: la storia clinica positiva per disturbi mentali; l'aspetto e/o il

comportamento che rendono manifesto il problema interiore (lo stigma); i sintomi soggettivi che il paziente riferisce, spesso sotto forma di lamentele; quello che dicono di lui altre persone, parenti o conoscenti; una disposizione negativa del personale. Il rischio è che ciò condizioni negativamente la valutazione medica, con una sottostima della situazione clinica e conseguenti errori diagnostici e terapeutici. Per tale motivo è molto importante che lo psichiatra sia ben integrato nel Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) e che vi siano protocolli concordati e condivisi a livello del singolo ospedale per la formalizzazione di procedure operative che garantiscano la valutazione congiunta internistica e psichiatrica dei pazienti che accedono al Pronto Soccorso (come è stato formalmente richiesto dalla circolare della Regione Piemonte n. 10108/DIA 2000 del 20/12/2007).

Le emergenze psichiatriche implicano aspetti comportamentali e soggettivi che richiedono un intervento rapido che assicuri un'efficace valutazione e gestione clinica del problema garantendo, al tem-

po stesso, il più alto grado di sicurezza per tutti. Tra tutte le emergenze psichiatriche quelle che assumono maggiore rilevanza in PS sono le emergenze comportamentali (EC), definibili come tutte quelle in cui il problema più grave è costituito dal comportamento del paziente. Le EC possono essere di vario tipo e gravità: violenza in atto; segni di violenza imminente sia etero-, sia auto-diretta; agitazione (definibile come un'intensa attività motoria, di solito afinalistica, associata con uno stato di tensione interiore e malessere soggettivo); altri comportamenti disturbati (ad esempio: atteggiamento non collaborativo, oppositivo, ostile, irritabile, bizzarro, inibito, catatonico). Naturalmente queste situazioni possono essere sottese da problemi clinici molto eterogenei, per cui, fino a quando non si riesce ad avere un valido indirizzo diagnostico, prevale una gestione clinica orientata al sintomo e non al disturbo che lo causa. In prima approssimazione si può affermare che i suddetti quadri clinici possano essere causati da una o più delle seguenti tre cause:

- un problema medico (ad esempio i dismetabolismi, gli stati post-operatori, le malattie infettive, le malattie neurologiche ecc.);
- un problema correlato alle sostanze (intossicazione o carenza);
- un disturbo mentale (anche in comorbidità con le precedenti cause)¹.

Nella gestione delle EC è indispensabile attuare un approccio basato sulla *de-escalation* dell'aggressività da parte di personale ben addestrato. Questa importante parte dell'intervento, tuttavia, non rientra nell'obiettivo di questo lavoro, prevalentemente orientato alla terapia farmacologica, si rimanda pertanto alla letteratura sull'argomento².

Terapia farmacologica

La terapia farmacologica delle EC deve essere distinta in due differenti fasi: la prima aspecifica e orientata ai sintomi bersaglio comportamentali in assenza di una diagnosi definitiva, la seconda in cui è già stata formulata un'ipotesi che orienti verso una delle tre diagnosi sopra elencate. È importante quindi che l'efficacia e la rapidità dell'intervento non siano disgiunte da un approccio prudenziale che non sia dannoso per il paziente e iatrogeno nei confronti del disturbo sotteso. In questi casi è indicato un intervento di tranquillizzazione rapida mediante l'uso di moderate dosi di farmaci. L'obiettivo dovrebbe essere quello di calmare il paziente senza che intervenga una profonda sedazione. Infatti attualmente i clinici si stanno orientando in questo modo dopo che per anni l'obiettivo in casi

del genere era considerato l'addormentamento del paziente che talvolta durava addirittura per giorni^{1,3}. Successivamente è stato valutato che un'eccessiva sedazione debba essere considerata come un effetto collaterale – piuttosto che terapeutico – e quindi più dannosa che utile in quanto rende molto più onerosa l'assistenza al paziente; interferisce con la valutazione medica e psichiatrica; riduce o annulla la possibilità del paziente di partecipare all'intervento, compromettendo la relazione con i terapeuti e la futura adesione al trattamento.

Nella scelta delle terapie bisogna segnalare che la maggior parte degli studi è stata condotta su pazienti agitati con una patologia psichiatrica, per cui non sempre è lecito estendere questi dati a pazienti transitoriamente agitati, ma mai diagnosticati come psicotici⁴. Le benzodiazepine (BDZ) e gli antipsicotici (AP) da soli o in combinazione hanno le più forti evidenze di letteratura per l'utilizzo in queste situazioni³⁻¹⁰.

Benzodiazepine

In monoterapia o in combinazione con gli antipsicotici sono la terapia di elezione del paziente agitato e/o aggressivo^{3,4,8-10}. I vantaggi sono rappresentati da un profilo di collateralità piuttosto blando e un effetto sinergico con gli altri farmaci sedativi, cosa che può consentire di usare dosi più basse dei farmaci prescelti. Gli svantaggi a breve termine sono: eccessiva sedazione; depressione respiratoria; disturbi della memoria; peggioramento della confusione mentale; atassia; effetto paradossale con disinibizione e agitazione; scarsa efficacia in pazienti con alta tolleranza alle BDZ, all'alcol o ad altri sedativi. Ci sono molteplici evidenze in letteratura che il lorazepam a una dose di 2-4 mg intramuscolare (*im*) o per *os* è efficace nel controllare pazienti agitati⁸⁻¹⁰. Dopo somministrazione orale o *im* il lorazepam raggiunge il picco plasmatico entro 60-90 minuti, l'emivita è di 12-15 ore e la durata dell'effetto sedativo è di 8-10 ore³. Da una *review* di Allen⁵ risulta che il lorazepam in monoterapia è superiore all'aloiperidolo nel controllo dei comportamenti aggressivi, anche se l'associazione tra questi due composti è superiore alla monoterapia.

Altre BDZ (diazepam, flunitrazepam, clonazepam) si sono dimostrate efficaci, ma presentano alcuni inconvenienti dovuti alla minore disponibilità di dati in letteratura, a un assorbimento dopo somministrazione *im* meno regolare e alla presenza di metaboliti attivi a lunga emivita³. Il midazolam, invece, ha un assorbimento molto rapido con una conseguente rapidità d'azione, ma la brevità dell'effetto può rappresentare un inconveniente. In uno stu-

dio condotto da Nobay *et al.*¹¹ il midazolam ha dimostrato una pari efficacia al lorazepam e all'alo-peridolo nella gestione in PS di pazienti violenti o fortemente agitati, ma un più breve tempo di latenza e una più rapida cessazione dell'effetto.

Antipsicotici

Gli antipsicotici di prima generazione (detti anche tipici o neurolettici-NLT) sono i farmaci che sono stati più utilizzati – da soli o in combinazione con le BDZ – nel trattamento delle emergenze comportamentali. Ciò a causa dell'efficacia, della facilità di utilizzo e di titolazione e della disponibilità in molteplici formulazioni orali e parenterali. Bisogna evidenziare che la rapida efficacia sedativa e quella anti-aggressiva non sono attività terapeutiche specifiche, ma sono da considerarsi effetti collaterali più o meno pronunciati delle differenti molecole. I primi protocolli prevedevano l'uso di forti dosi di AP sedativi – come le fenotiazine – che, però, avevano una pletera di effetti collaterali pericolosi e sgradevoli per i pazienti, correlati alla pronunciata attività di antagonismo istaminergico, colinergico e alfa-adrenergico. I più significativi effetti indesiderati di questi composti sono: eccessiva sedazione; ipotensione anche grave con rischi di cadute specie per i pazienti anziani in occasione dei risvegli notturni; irritazione nel punto della iniezione intramuscolare; aritmie. A causa di ciò nei successivi algoritmi gli AP ad alta potenza – specie i butirrofenoni – sono diventati i farmaci di prima scelta in quanto relativamente meglio tollerati, anche se non privi di pesanti collateralità³. Tra tutti gli AP di prima generazione l'alo-peridolo ha di gran lunga le migliori evidenze di letteratura per il trattamento dell'agitazione e dell'aggressività in un contesto di emergenza medica^{3,4,7,8}. Una revisione di numerosi studi ha mostrato che non vi è alcun beneficio a dosaggi superiori ai 10-15 mg nelle 24 ore¹², per cui si può procedere con una somministrazione iniziale di 2-5 mg per *os* o *im* da ripetere secondo l'andamento clinico.

Tra gli altri composti di questa classe bisogna ricordare il droperidolo che ha avuto un certo uso in *setting* di emergenza a causa della maggiore rapidità di azione⁴. Tra gli inconvenienti vi è una minore evidenza di dati di letteratura per un uso in contesti di medicina e psichiatria, essendo un farmaco soprattutto impiegato in anestesia; la necessità di cambiare molecola quando si passa alla terapia orale; il rischio di causare aritmie, peraltro condiviso anche da altri composti di questa classe.

L'uso dei neurolettici depot (alo-peridolo decanoato, flufenazina decanoato, zuclopentixolo acetato e de-

canoato) in un contesto di emergenza medica è fortemente sconsigliabile, quando non apertamente controindicato. Infatti è molto rischioso somministrare a pazienti instabili e spesso non ben inquadrati dal punto di vista anamnestico e clinico farmaci il cui effetto dura da 72 ore ad alcune settimane, che non possono essere interrotti in caso di eccessiva sedazione o di collateralità. Rilevanti sono anche le riserve di tipo etico visto che in una situazione di emergenza il paziente spesso non può dare il consenso informato e quindi la terapia viene effettuata sulla base dello stato di necessità che, però, non può essere esteso alla durata di azione di tali farmaci; pertanto il paziente non può ottenerne la sospensione o il cambiamento una volta che l'emergenza si sia risolta³.

L'uso degli AP di prima generazione è oggi considerato con una certa prudenza a causa della pletera di effetti collaterali, tra cui si ricordano: gli effetti extrapiramidali e motori, soprattutto le distonie acute; l'ipotensione; gli effetti anticolinergici; l'abbassamento della soglia delle convulsioni; gli effetti cardiaci, soprattutto il rischio di allungamento del QTc e l'insorgenza di aritmie pericolose o anche mortali. A questo proposito bisogna evidenziare che l'Agenzia Italiana del Farmaco nel 2007 (Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 60 del 13/03/2007) ha emesso un provvedimento in cui, dopo aver ricordato la pericolosità degli effetti cardiocossici dei NLT – prolungamento del QTc, aritmie ventricolari e torsione di punta potenzialmente mortali – ha disposto che un QTc > 500 ms costituisca una controindicazione assoluta all'impiego di tali farmaci che, qualora siano già in terapia, devono essere immediatamente sospesi se il QTc, in precedenza inferiore, supera tale soglia. La velocità con cui l'incremento si realizza è un ulteriore elemento di rischio. Ciò comporta la raccomandazione di effettuare un ECG completo prima della somministrazione di NLT, cosa che può essere molto difficile o anche impossibile in una situazione di emergenza comportamentale.

Vi può, inoltre, essere un effetto paradossale con un aggravamento dell'aggressività e della disforia indotta dagli antipsicotici. Quest'ultima è oggetto di crescente attenzione e studio¹³, in particolare per quanto riguarda la correlazione con gli altri effetti motori – specie l'acatisia – per capire se la disforia sia uno di essi, oppure si tratti di un fenomeno affatto diverso. Tale aspetto è stato approfondito in 2 campioni¹⁴ in cui è stato somministrato alo-peridolo 5 mg/*die* a 51 volontari sani: in entrambi i casi si è manifestata disforia in circa il 40% dei soggetti,

mentre l'acatisia è stata rilevata solo nell'8% e nel 16% dei casi. Inoltre, mentre questa veniva riconosciuta facilmente dai clinici e dai pazienti, la disforia spesso non era diagnosticata correttamente e subito, soprattutto quanto insorgeva da sola, in assenza di altri sintomi extrapiramidali. La disforia è molto più comune con i NLT che con gli AP di seconda generazione^{15,16}, è correlata con il blocco dell'attività dopaminergica cerebrale^{15,17}, specie nigrostriatale¹³, ma non è chiaro se sia direttamente causata da questo, oppure sia secondaria ai sintomi extrapiramidali, specie acatisia e acinesia¹⁵.

Gli antipsicotici di seconda generazione (detti anche atipici – non sono neurolettici e ciò costituisce la differenza principale con gli antipsicotici di prima generazione) hanno un'efficacia sovrapponibile a quella dei composti più vecchi, ma una migliore tollerabilità, soprattutto per quanto concerne gli effetti motori. Inoltre permettono di calmare i pazienti senza una profonda sedazione o residua sonnolenza. Per tali motivi le più importanti linee guida ne raccomandano l'uso nella terapia delle psicosi acute (primo episodio o disturbi cronici esacerbati: sia schizofrenia, sia disturbo bipolare). Questi sono i soli disturbi per cui tali farmaci hanno avuto la registrazione ministeriale e in cui, quindi, sono autorizzati a un uso *on-label*. Ciò vale anche per le eventuali emergenze comportamentali correlate in cui sono raccomandati in quanto hanno una buona efficacia sia su di esse, sia sui sottesi disturbi psicotici.

Per quanto concerne il loro uso nelle emergenze mediche e su pazienti non diagnosticati come psicotici, bisogna evidenziare che non esistono studi sull'efficacia degli AP di seconda generazione in questo tipo di pazienti e che la maggior parte degli studi pubblicati è stata effettuata su pazienti psicotici, stabili dal punto di vista medico e in assenza di disturbi correlabili alle sostanze (intossicazione o carenza)³. Per tali motivi bisogna concludere che questi farmaci sono di prima scelta nella terapia dei pazienti con disturbi psicotici, ma non ci sono sufficienti evidenze di letteratura per il loro utilizzo in pazienti non ancora diagnosticati come tali e sulla base dei soli sintomi comportamentali. Inoltre in tal caso l'uso sarebbe a tutti gli effetti *off-label*, con tutte le conseguenze che ciò comporta. Sono, quindi, auspicabili future ricerche sull'uso degli AP di nuova generazione per i pazienti che non abbiano disturbi psicotici. Tali farmaci, infatti, potrebbero essere una risorsa promettente nella direzione di un approccio terapeutico che sia efficace, rapido, sicuro, tollerabile e che favorisca la risoluzione dell'emergenza comportamentale e anche il benessere a lungo termine del paziente.

Algoritmi terapeutici

Visto che vi sono sufficienti evidenze a favore dell'impiego sia delle BDZ sia degli AP di prima generazione nella terapia delle emergenze comportamentali in pazienti non diagnosticati come psicotici, bisogna chiedersi come scegliere tra le diverse molecole disponibili e se utilizzarle in monoterapia o in associazione.

Vi sono molti studi su tale argomento, la migliore evidenza è fornita da quello di Battaglia e collaboratori⁸ in cui la combinazione di aloperidolo (5 mg) e lorazepam (2 mg) si è dimostrata superiore ai farmaci usati singolarmente, con effetti collaterali paragonabili in tutti i gruppi di trattamento, fatta eccezione per gli effetti extrapiramidali per i quali vi è un'incidenza sei volte maggiore nei pazienti trattati con aloperidolo rispetto a quelli trattati con lorazepam. Si può, quindi, affermare che la combinazione di BDZ e AP può essere efficace nella terapia delle EC in quei pazienti in cui la monoterapia si è mostrata insufficiente. Ciò risulta da numerosi studi clinici^{8,18,19} e da alcune importanti *reviews*^{4,7}. L'associazione dei farmaci può essere utile per contrastare le differenti componenti dell'agitazione (ad esempio sintomi da carenza, encefalopatie dismetaboliche, ansia, psicosi ecc.) e per migliorare la tollerabilità dei singoli composti (ad esempio le BDZ riducono i rischi di sintomi extrapiramidali o convulsioni indotte dagli AP). Viceversa si preferisce la monoterapia quando uno dei due composti è sconsigliato o controindicato (ad esempio i NLT in un paziente con il parkinson o le BDZ in un paziente con difficoltà respiratorie).

La terapia parenterale (preferibile la somministrazione *im* a quella *ev*) può essere indicata quando il paziente non è collaborativo; la terapia orale non è possibile o affidabile; vi è la necessità di avere un controllo molto rapido della sintomatologia. In tali casi si consiglia l'impiego di un AP e/o di una BDZ (ad esempio aloperidolo 2-5 mg + lorazepam 2-4 mg) ripetibili dopo 30-60 minuti.

Appena il paziente è collaborativo o comunque la terapia orale è possibile e sufficientemente affidabile si suggerisce di preferirla a quella *im* – utili le preparazioni orodispersibili e le soluzioni. Questo perché è una modalità meno aggressiva; utile per favorire l'alleanza terapeutica; comporta la possibilità di scelta tra tutti i farmaci disponibili e non solo tra quelli presenti in fiale, per un trattamento il più possibile specifico e mirato.

Nell'emergenza si consiglia, comunque, di usare pochi farmaci ben conosciuti, efficaci, rapidi, sicuri, tollerabili, con cui si abbia dimestichezza per i

dosaggi, di cui ci si fidi, che siano conosciuti e ritenuti affidabili anche dai componenti non medici dell'équipe. Non è il momento delle terapie eclettiche o delle prove: le novità devono essere studiate e preparate, mai improvvisate. Si sconsigliano, invece, le politerapie con molte molecole della stessa classe associate nello stesso tempo o le somministrazioni ripetute con farmaci sempre diversi. Ciò perché tale condotta poco razionale rende difficile il monitoraggio della dose totale somministrata, evitare l'eccessiva sedazione, attribuire precocemente gli effetti collaterali al farmaco che li ha causati e individuare i pazienti che non rispondono alle singole molecole.

Successivamente, dopo aver definito la diagnosi etiopatogenetica e/o sindromica, o almeno in fase di avanzata diagnosi differenziale, la terapia diviene sempre più specifica e mirata alla cura delle possibili cause e sempre meno orientata all'esclusivo controllo dei sintomi bersaglio comportamentali. Da ricordare che spesso non vi è una sola causa e i pazienti presentano situazioni cliniche complesse in cui etiologie molteplici possono sovrapporsi. Per quanto discutere la clinica e la terapia di questi disturbi non rientri tra le finalità di questo articolo, è utile sottolineare alcuni aspetti importanti.

Problemi medici

Sono molte le cause organiche che possono compromettere lo stato di coscienza e causare problemi del comportamento. In particolare si ricordano tutte le forme di *delirium*; la demenza; le malattie neurologiche anche rare come le crisi epilettiche parziali e le lesioni encefaliche temporali, frontali e limbiche. Le cause metaboliche e l'equilibrio idroelettrolitico vanno valutati con attenzione anche nell'ambito delle comorbidità: spesso i pazienti in *delirium* si disidratano e ciò, anche se non è la causa primaria del problema, peggiora la sintomatologia e la sofferenza del paziente. Come già detto prima è importante non coprire o peggiorare i sintomi con una sedazione eccessiva, attuare tutte le opportune misure terapeutiche non farmacologiche ed effettuare gli esami clinici utili alla diagnosi. È meglio adottare una monoterapia orientando la scelta sul farmaco più adatto per indicazioni e controindicazioni al problema sotteso, ad esempio preferire gli AP nella demenza e le BDZ nell'epilessia.

Problemi correlati alle sostanze

È fondamentale distinguere tra intossicazione e carenza. Nel primo caso l'alcol e gli stimolanti sono

le sostanze più comunemente coinvolte, ma deve essere fatto ogni sforzo per individuare con precisione le sostanze utilizzate, cosa non facile a causa della mutevolezza del mercato, spesso clandestino, e dei ritardi con cui i metodi diagnostici disponibili in PS si adeguano alle abitudini degli utenti. Il trattamento deve essere supportivo e orientato ad aiutare l'organismo a metabolizzare le sostanze da cui è intossicato. Sono raccomandate un'idratazione generosa e la somministrazione di vitamine (specie tiamina e altre vitamine B per l'alcolismo). Se è necessaria una sedazione farmacologica è meglio utilizzare gli AP di prima generazione per le intossicazioni da sedativi – incluso l'alcol – e le BDZ per quelle da eccitanti, a meno che non vi siano floridi sintomi psicotici, nel qual caso si può associare anche un AP.

I quadri carenziali spesso non sono diagnosticati e trattati in modo adatto, creando situazioni gravi e potenzialmente anche mortali. Ciò è dovuto, oltre al fatto che i medici spesso non indagano a sufficienza sull'uso cronico di sostanze psicoattive (come ad esempio gli ipnoinducenti), anche al fatto che spesso i pazienti sentono tali farmaci abituali così "familiari" da non ricordarsi di dichiararne l'uso ai medici che li visitano. Le sindromi carenziali sono specifiche e sono indotte dalla cessazione brusca di una sostanza psicoattiva utilizzata per lungo tempo. La carenza da stimolanti è difficilmente osservata in ambiente medico perché induce uno stato di malessere soggettivo e di *craving* che spinge il soggetto a procurarsi la sostanza mettendo fine, così, al problema. I quadri più gravi si hanno con la carenza da sedativi: soprattutto l'alcol (*delirium tremens*), le BDZ e altri agenti sedativo-ipnotici. In tali casi l'unica terapia razionale si basa sulla somministrazione della sostanza carente oppure di una analoga con cui c'è un'alta tolleranza crociata (ad esempio alcol-BDZ); pertanto la terapia di prima scelta è la somministrazione di un agente agonista, soprattutto le BDZ (ad esempio lorazepam 2-4 mg *ev*). Tutti gli altri approcci farmacologici alla sedazione di questi pazienti sono aspecifici, inefficaci e molto rischiosi perché un quadro carenziale acuto può evolvere molto rapidamente con danni gravi e anche la morte. Indispensabile il supporto metabolico, idroelettrolitico e un generoso apporto di vitamine B (soprattutto tiamina 100 mg *im* e poi, appena possibile, fino a 300 mg/*die* per *os*).

Disturbi mentali

Pressoché tutti i disturbi mentali possono essere correlati a un episodio acuto, sebbene ciò capiti più

comunemente con i disturbi psicotici (schizofrenia e disturbo bipolare), i disturbi di personalità del gruppo B (antisociale, *borderline*, istrionico e narcisistico), i disturbi da panico e gli altri disturbi acuti d'ansia, compreso il disturbo post-traumatico da stress. In ogni caso vi può essere una comorbilità con le cause elencate in precedenza, soprattutto con l'uso di sostanze. Lo psichiatra individuerà l'approccio farmacologico più adatto alla cura dell'episodio acuto e anche al buon esito a lungo termine del disturbo sotteso. Vi sono ampie evidenze nella letteratura attuale che supportano l'uso di AP di seconda generazione (risperidone, olanzapina, quetiapina, aripiprazolo e clozapina, sebbene quest'ultimo abbia indicazioni diverse dagli altri) nella terapia dei disturbi psicotici acuti e cronici.

Conclusione

Nelle emergenze comportamentali è spesso necessaria una terapia farmacologica. L'obiettivo dovrebbe essere calmare il paziente senza eccessiva sedazione. Questa è una fase iniziale e aspecifica del trattamento che dovrebbe cessare il più presto possibile per essere sostituita dalla terapia specifica del disturbo che sottende e causa l'emergenza comportamentale. È importante ricordarsi che l'effetto sedativo non coincide con l'efficacia antipsicotica del farmaco, piuttosto ne è un effetto collaterale.

I disturbi mentali non diagnosticati e non trattati in modo adeguato sono un grave problema sia per il benessere dei pazienti e dei familiari, sia per i costi a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Per tale motivo appare importante raccomandare che lo psichiatra sia ben integrato nel PS e nel DEA e che vi siano protocolli concordati e condivisi che garantiscano la valutazione congiunta – internistica e psichiatrica – dei pazienti che accedono al PS e un adeguato standard assistenziale. Nel caso particolare dei comportamenti violenti è importante, oltre a un corretto approccio tecnico, anche che vi sia una buona consapevolezza del ruolo che storicamente la psichiatria ha avuto nell'ambito del controllo dei comportamenti devianti e delle contraddizioni sociali. Queste, oggi, dopo il processo di deistituzionalizzazione psichiatrica, potrebbero trasferirsi e scaricarsi sul PS e sugli operatori che vi lavorano. Per tale motivo appare indispensabile avviare programmi interdisciplinari di monitoraggio del fenomeno, nonché di aggiornamento e supervisione specie per il personale con meno esperienza e formazione.

Bibliografia

1. Allen MH, Currier GW, Carpenter D *et al.* Expert Consensus Panel for Behavioral Emergencies. The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of behavioral emergencies 2005. *J Psychiatr Pract* 2005; 11(Suppl. 1): 5-108; quiz 110-112.
2. Rocca P, Villari V, Bogetto F. Managing the aggressive and violent patient in the psychiatric emergency. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006; 30: 586-598.
3. Battaglia J. Pharmacological Management of Acute Agitation. *Drug* 2005; 65: 1207-22.
4. Lukens TW, Wolf SJ, Edlow JA *et al.* American College of Emergency Physician Clinical Policies Subcommittee (Writing Committee) on Critical Issues in the Diagnosis and Management of the Adult Psychiatric Patient in the Emergency Department. Clinical Policy: Critical Issues in the Diagnosis and Management of the Adult Psychiatric Patient in the Emergency Department. *Ann Emerg Med* 2006; 47: 79-99.
5. Allen MH. Managing the agitated psychotic patient: a reappraisal of the evidence. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(Suppl 14): 11-20.
6. McAllister-Williams RH, Ferrier IN. Rapid tranquillisation: time for a reappraisal of options for parenteral therapy. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 485-489.
7. Yildiz A, Sachs GS, Turgay A. Pharmacological management of agitation in emergency settings. *Emerg Med J* 2003; 20: 339-346.
8. Battaglia J, Moss S, Rush J *et al.* Haloperidol, lorazepam, or both for psychotic agitation? A multicenter, prospective, double-blind, emergency department study. *Am J Emerg Med* 1997; 15: 335-340.
9. Salzman C, Solomon D, Miyawaki E *et al.* Parenteral lorazepam versus parenteral haloperidol for the control of psychotic disruptive behavior. *J Clin Psychiatry* 1991; 52: 177-180.
10. Foster S, Kessel J, Berman ME *et al.* Efficacy of lorazepam and haloperidol for rapid tranquilization in a psychiatric emergency room setting. *Int Clin Psychopharmacol* 1997; 12: 175-179.
11. Nobay F, Simon BC, Levitt MA *et al.* A prospective, double-blind, randomized trial of midazolam versus haloperidol versus lorazepam in the chemical restraint of violent and severely agitated patients. *Acad Emerg Med* 2004; 11: 744-749.
12. Baldessarini RJ, Cohen MB, Teicher MH. Significance of neuroleptics dose and plasma level in the pharmacological treatment of psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 79-91.
13. Awad AG, Voruganti LN. Neuroleptic dysphoria: revisiting the concept 50 years later. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2005; 427: 6-13.
14. King DJ, Burke M, Lucas RA. Antipsychotic drug-induced dysphoria. *Br J Psychiatry* 1995; 167: 480-482.
15. Marder SR. Subjective experiences on antipsychotic medication: synthesis and conclusion. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2005; 427: 43-46.
16. Voruganti L, Cortese L, Oyewumi L *et al.* Comparative evaluation of conventional and novel antipsychotic drugs with reference to their subjective tolerability, side-effect profile and impact on quality of life. *Schizophr Res* 2000; 43: 135-145.
17. Kapur S. Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 13-23.
18. Garza-Treviño ES, Hollister LE, Overall JE *et al.* Efficacy of combinations of intramuscular antipsychotics and sedative-hypnotics for control of psychotic agitation. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 1598-1601.
19. Bieniek SA, Ownby RL, Penalver A *et al.* A double-blind study of lorazepam versus the combination of haloperidol and lorazepam in managing agitation. *Pharmacotherapy* 1998; 18: 57-62.

ABSTRACT

A great number of people visited in the Emergency Department have a psychiatric problem and often this is not recognized or not properly treated because of many reasons. The unrecognized mental disorders are a major problem for the well-being of patients, for the burden of relatives, and a great cost for the Public Health System. That's why a good policy is needed to organize an efficient emergency system, with shared principles (i.e. on admission

and discharge criteria, compulsory treatments, pharmacological approach etc.) and acceptable standard of care. Psychiatric emergencies need a quick intervention in order to insure an effective evaluation and clinical management of the situation with a good standard of risk management and safety for everybody. Behavioral emergencies are critical and need a complex approach based on de-escalation techniques and also on a safe and effective pharmacological therapy.