



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

SCUOLA DI MEDICINA
DIPARTIMENTO DI MEDICINA TRASLAZIONALE
Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia

Tesi di Laurea

**PAZIENTI CON RISCONTRO DI INTOSSICAZIONE
DA ALCOL O SOSTANZE PRESSO IL DEA DELL'AOU
MAGGIORE DELLA CARITÀ DI NOVARA.
FOCUS SU SINTOMI, TRATTAMENTI E OUTCOME**

Relatore:

Chiar.ma Prof.ssa Carla GRAMAGLIA

Candidato:

Luca DEL GAUDIO

Matricola 20017264

Anno A



Firmato digitalmente da Carla Maria
Gramaglia
Data: 28.02.2024 21:15:55 CET
Organizzazione: UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DEL PIEMONTE ORIENTALE/01943490027

INDICE

INDICE	1
1. INTRODUZIONE	2
1. Frequent user	2
a. Definizioni e caratteristiche.....	2
b. Frequent user per patologie organiche.....	3
c. Frequent user per patologie psichiatriche.....	5
2. L'agitazione psicomotoria	9
a. Gestione dello stato di agitazione.....	9
b. Pazienti che non fanno uso di sostanze	11
c. Pazienti che fanno uso di sostanze	12
3. Sostanze e tipologie di abuso	14
a. Alcol	14
b. Droghe vecchie e nuove	17
c. Altre sostanze psicoattive e dipendenze comportamentali.....	32
4. Trattamento dell'agitazione psicomotoria	34
a. Iter diagnostico	34
b. Consulenza psichiatrica	36
c. Terapia farmacologica	38
5. Organizzazione dei servizi psichiatrici.....	39
a. Servizi psichiatrici in Italia.....	39
6. Razionale dello studio	42
2. MATERIALI E METODI	43
3. RISULTATI	45
4. DISCUSSIONE	61
5. CONCLUSIONI	69
6. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	70
7. APPENDICE	82

1. INTRODUZIONE

1. Frequent user

a. Definizioni e caratteristiche

I pazienti frequent user rappresentano una popolazione difficilmente classificabile, per cui non abbiamo una definizione univoca e un cut off preciso: nella maggior parte dei casi è stato utilizzato come riferimento un numero arbitrario di ingressi in Pronto Soccorso su un periodo limitato di tempo, generalmente dai 3 ai 12 in un anno. In particolare, la definizione maggiormente utilizzata e che pare ottenere il maggior consenso è quella del frequent user come paziente che attua più di 3 accessi nell'arco di un anno. È stata inoltre individuata una sottopopolazione di frequent user, gli "heavy user", soggetti che effettuano più di 12 accessi al DEA nell'arco di un anno.

Bisogna fare un'ulteriore distinzione tra frequent e chance user [1]:

- Frequent user: pazienti che presentano ingressi in urgenza in multiple occasioni in seguito ad eventi non casuali; si tratta di soggetti di sesso maschile, più anziani, con meno probabilità di essere sposati e una maggiore frequenza di patologie croniche, associate a comorbidità psichiatriche, ad abuso di sostanze e ad un contesto sociale precario: non è raro, infatti, riscontrare in questa categoria soggetti senza fissa dimora ed appartenenti a minoranze
- Chance user: pazienti con un numero inferiore di accessi, correlati ad eventi casuali, in particolare traumi; sono più giovani, più probabilmente sposati.

È importante identificare e trattare adeguatamente questi pazienti con degli specifici programmi di gestione, dal momento che sono sottoposti a tempi di permanenza più lunghi, hanno un elevato tasso di ritorno in DEA entro 72 ore dal primo intervento e un tasso di mortalità maggiore rispetto al resto della popolazione [2].

Infine, bisogna considerare questo tipo di pazienti all'interno del contesto attuale del Pronto Soccorso: infatti le ultime stime della SIMEU (Società Italiana di Medicina d'Emergenza Urgenza) hanno rilevato un aumento degli ingressi del 20% nel 2022 su tutto il territorio nazionale [3]. Questo dato, associato ad una importante carenza di personale, favorisce il sovraffollamento con conseguenze importanti sulla qualità del servizio e sulla salute dei pazienti [4]:

- Ritardo diagnostico e terapeutico con aumento del rischio evolutivo

- Ritardo nel controllo dei sintomi come dolore e ansia
- Aumento di morti inattese, incidenti ed errori
- Aumento della mortalità anche del 30%

Tra gli interventi da effettuare per migliorare l'esperienza dei frequent user, favorendo una riduzione del numero di accessi in Pronto Soccorso, possiamo considerare utili [5]:

- Una gestione multidisciplinare del caso
- Un maggiore coinvolgimento dei servizi sociali
- Favorire l'inserimento del paziente nella rete dei servizi per la salute mentale
- Favorire l'inserimento del paziente in programmi di disintossicazione da sostanze
- Un maggiore coinvolgimento del Medico di Medicina Generale e degli altri specialisti che hanno in cura il paziente

b. Frequent user per patologie organiche

I dati pubblicati nel 2021 dal National Center for Health Statistics (NCHS) definiscono un corredo di dieci sintomi più frequentemente correlati ad una necessità di visita in urgenza, indipendentemente dal sesso e dall'età del paziente [6]:

- Dolori, crampi e spasmi gastrici e addominali
- Dolore toraci e sintomi correlati
- Dispnea
- Tosse
- Febbre
- Cefalea
- Dolore aspecifico
- Dorso-lombalgia
- Vomito
- Sintomi correlati a disturbi mentali e psicologici

Le informazioni pubblicate nell'Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale del 2021, dimostrano un certo grado di concordanza rispetto ai dati americani; i principali grandi gruppi di cause di ricovero per acuzie in regime ordinario presentano una differente distribuzione tra fasce d'età e sono, in ordine di frequenza decrescente [7]:

- I. Malattie cardiovascolari: maggiore frequenza (24.8%) nella fascia di età superiore ai 65 anni

- II. Patologie neoplastiche: maggiore frequenza (16.3%) tra 60 e 64 anni
- III. Patologie gastrointestinali: maggiore frequenza (12.3%) tra 45 e 59 anni
- IV. Patologie pneumologiche: maggiore frequenza (14.7%) nella fascia superiore ai 65 anni
- V. Traumi e avvelenamenti: maggiore frequenza (13.6%) tra 15 e 24 anni
- VI. Patologie del sistema osteo-muscolare e del tessuto connettivo: maggiore frequenza (10.7%) tra 60 e 64 anni
- VII. Patologie genito-urinarie: maggiore frequenza (8.6%) tra 45 e 59 anni
- VIII. Patologie psichiatriche: maggiore frequenza (9.2%) tra 15 e 24 anni, con un andamento decrescente rispetto all'aumentare dell'età
- IX. Patologie neurologiche: maggiore frequenza (3.5%) tra 15 e 24 anni
- X. Patologie endocrinologiche: maggiore frequenza (3.1%) tra 45 e 59 anni
- XI. Problematiche correlate a malformazioni congenite: maggiore frequenza (2.6%) tra 15 e 24 anni
- XII. Patologie dermatologiche: maggiore frequenza (1.7%) tra 15 e 24 anni
- XIII. Patologie ematologiche: maggiore frequenza (1.1%) nella fascia superiore ai 65 anni

Nella popolazione femminile bisogna considerare anche le percentuali di ricovero in acuto, relative alle complicanze della gravidanza e del parto, che risultano più comuni nella fascia d'età tra 25 e 44 anni (48.0%).

Il documento della NCHS del 2021 definisce anche le principali condizioni croniche associate ad un maggiore numero di visite in DEA [6]:

- Abuso o dipendenza da alcol
- Malattia di Alzheimer o demenza
- Asma
- Neoplasie
- Malattia cerebrovascolare o storia di stroke o TIA
- Insufficienza renale cronica
- Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)
- Scompenso cardiaco congestizio
- Malattia coronarica, malattia cardiaca ischemica o storia di infarto del miocardio
- Depressione
- Diabete mellito di tipo 1, 2 e di tipo non specificato

- Malattia renale end-stage
- Storia di embolia polmonare e TVP
- HIV o AIDS
- Iperlipidemia
- Ipertensione
- Obesità
- OSAS
- Osteoporosi
- Abuso o dipendenza da sostanze

Secondo uno studio condotto nel 2000 dalla University of California e dalla Johns Hopkins University School of Medicine, tra le condizioni precedentemente elencate, abbiamo un maggiore rischio di manifestazione in pazienti frequent user per: intossicazione, dipendenza e astinenza da alcol e da sostanze, insufficienza renale, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e asma; a queste bisogna anche aggiungere l'anemia drepanocitica, l'epilessia, le infezioni dei tessuti molli, l'artrite settica, la febbre di origine sconosciuta, le infezioni e complicanze post-operatorie, l'endocardite batterica e le patologie epatiche, come epatite e cirrosi [5].

c. Frequent user per patologie psichiatriche

Come già anticipato nel sottocapitolo precedente, le patologie psichiatriche rappresentano una condizione ad alto rischio nei frequent users e l'ottava causa di ricovero in acuto in Italia nel 2021. I disturbi di più comune riscontro nei pazienti frequent user visitati in Pronto Soccorso sono [8]:

- Abuso e dipendenza da alcol e sostanze
- Disturbi d'ansia
- Depressione
- Disturbi psicotici e schizofrenia
- Disturbo bipolare, in particolare nella fase maniacale
- Disturbi di personalità
- Tentativi di suicidio

Il Rapporto ministeriale sulla salute mentale del 2021 ha rilevato in Italia un numero complessivo di 479'276 accessi in Pronto Soccorso per patologie psichiatriche, corrispondente al 3.3% degli accessi totali (14'526'916). Il 14.6% esita in ricovero, di cui

più della metà viene accolta in un reparto di psichiatria. Il 39.6% registra una diagnosi di sindromi nevrotiche e somatoformi [9].

In un quadro di urgenza è di fondamentale importanza riconoscere le caratteristiche e la presentazione di pazienti con una specifica patologia psichiatrica, se non già nota, per poter mettere in atto le giuste precauzioni per il paziente e per il personale sanitario, ad esempio in caso di agitazione psicomotoria, e meglio indirizzare la diagnosi, attraverso una richiesta di consulenza psichiatrica [10].

Depressione: la presentazione classica di un paziente con la depressione è caratterizzata dall'accasciamento del tono dell'umore, con malinconia che può sfociare nel pianto durante il colloquio con il medico, inibizione mentale e fisica che si traduce in un rallentamento ideomotorio con eloquio meno fluido e povero di idee[11]; spesso possono manifestarsi anche dei sintomi di tipo somatico come cefalea, disturbi gastroenterologici e tachicardia [12]. Per un corretto inquadramento del paziente è necessario anche valutare la presenza di abulia, anedonia, sitofobia, insonnia o ipersonnia, sensazione di affaticamento e stanchezza, ridotta igiene e cura di sé, sentimenti di colpa e ricorrenti pensieri di morte: è fondamentale indagare il rischio di suicidio del paziente ed eventuali episodi passati di passaggio all'atto [10]. Alcune condizioni somatiche, che entrano in diagnosi differenziale, possono mimare un disturbo depressivo: delirium, demenza, patologie neurologiche (come disturbi neurodegenerativi, infezioni, patologie vascolari, condizioni infiammatorie, neoplasie, sindromi paraneoplastiche, lesioni traumatiche), dolore cronico, disordini del sonno, ipotiroidismo, deficienza di vitamina B12, diabete, patologie cardiovascolari [13].

Disturbo Bipolare: è un disturbo dell'affettività che viene distinto in Disturbo Bipolare I, caratterizzato da un episodio maniacale isolato o preceduto da episodi ipomaniacali o depressivi maggiori, e Disturbo Bipolare II, associato ad episodi ipomaniacali, ma mai maniacali o misti, con episodi depressivi maggiori in anamnesi [14]. La mania è di più comune riscontro in Pronto Soccorso e si presenta con un umore persistentemente ed anormalmente elevato, espansivo o irritabile, autostima ipertrofica con senso di grandiosità, facile distraibilità, logorrea e difficoltà nell'articolazione del pensiero dovuta alla fuga di idee [15]. E' necessario valutare nell'anamnesi del paziente se ci sia stato un aumento dell'attività finalizzata o agitazione psicomotoria, un eccessivo coinvolgimento in attività ludiche con potenziali conseguenze dannose o una marcata compromissione del funzionamento lavorativo, delle attività sociali abituali o delle relazioni personali [11]. In

diagnostica differenziale rispetto allo stato maniaco troviamo: sindrome di Cushing, sclerosi multipla, trauma cerebrale, accidenti cerebrovascolari, alterazioni elettrolitiche, ipertiroidismo, demenza, delirium, acatisia [13].

Schizofrenia: è un disturbo del pensiero definito da due classi di sintomi, definiti come sintomi positivi e negativi, associati a bizzarrie comportamentali. Tra i sintomi positivi troviamo allucinazioni soprattutto uditive e deliri di autoriferimento a contenuto paranoide e persecutorio, religioso, di influenzamento, di furto del pensiero, megalomano, erotomano. Tra i sintomi negativi, invece, sono presenti disturbi dell'affettività (come abulia, apatia, anedonia e asocialità), deficit neuropsicologici (della working memory, dell'attenzione e delle funzioni esecutive) e autismo ovvero la perdita del contatto vitale della realtà, con chiusura del paziente in se stesso in ritiro dal mondo [16]. Nelle forme più gravi di malattia, oggi più rare grazie alla terapia farmacologica, si manifestano i sintomi catatonici di mutacismo, stupore, catatonismo, negativismo, manierismi e stereotipie [12]. La schizofrenia e i disturbi psicotici vanno in diagnosi differenziale con altre condizioni mediche come: delirium, crisi convulsive e stato post ictale, demenza, squilibri idro-elettrolitici, encefalopatia epatica, neoplasia cerebrale, stati infettivi, traumi cranici, stadi avanzati di infezioni sessualmente trasmissibili come HIV e sifilide terziaria, iper o ipotiroidismo [13].

Disturbi d'Ansia: l'ansia rappresenta una risposta fisiologica alle situazioni stressanti, diventa una condizione patologica nel momento in cui impedisce il corretto funzionamento del soggetto [17]. I disordini correlati all'ansia sono classificati in: disturbo d'ansia generalizzato, disturbo da attacchi di panico, disturbo d'ansia sociale e fobie [14]. Il disturbo d'ansia generalizzato si presenta con nervosismo, irrequietezza, agitazione, irritabilità, facile faticabilità, preoccupazione e difficoltà nella concentrazione; sono spesso correlati sintomi somatici e vegetativi come cefalea, mialgie, gastralgie, sudorazione e tachicardia. Il disturbo da attacchi di panico può essere indipendente, correlato ad un disturbo d'ansia generalizzato o ad altre condizioni psichiatriche, è caratterizzato da attacchi di panico frequenti ed imprevedibili perché non correlati a determinate situazioni o trigger: la sintomatologia dell'attacco di panico è caratterizzata da tachicardia, cardiopalmo, sudorazione, tremori, dolore toracico, perdita del controllo e sensazione di morte apparente [18]. In questo caso la diagnostica differenziale è fondamentale perché la sintomatologia ansiosa può essere confuso con patologie somatiche dagli esiti anche letali per il paziente, tra cui:

feocromocitoma, ipertiroidismo, tireotossicosi, aritmie, angina pectoris, infarto miocardico, embolia polmonare, BPCO, asma, crisi epilettica [13].

Disturbi di Personalità: i tratti di personalità rappresentano il modo costante del soggetto di percepire, di rapportarsi nei confronti di se stessi e degli altri e di rispondere emozionalmente in un ampio spettro di contesti sociali e personali. I disturbi di personalità si manifestano quando questi tratti diventano rigidi e maladattativi, causando una sofferenza soggettiva, ma non rappresentano una condizione secondaria ad altre patologie psichiatriche o organiche, nonostante possano essere concomitanti [19]. La classificazione prevede la distinzione in tre cluster per riunire i disturbi che presentano pattern comuni di comportamento: cluster A (comportamento bizzarro ed eccentrico), che include il DP paranoide (sfiducia, sospettosità e interpretazione delle azioni altrui come malevole senza un sottostante delirio), il DP schizoide (distacco dalle relazioni sociali e ristretta espressività emotiva) e il DP schizotipico (disagio acuto nelle relazioni strette ed eccentricità di comportamento); cluster B (comportamento imprevedibile, impulsivo e traumatico), che include il DP borderline, il DP narcisistico (grandiosità, necessità di ammirazione e mancanza di empatia), il DP istrionico (emotività e ricerca di attenzione) e il DP antisociale (inosservanza e violazione dei diritti altrui); cluster C (comportamenti caratterizzati da ansia ed insicurezza), che include il DP evitante (sentimenti di inadeguatezza e ipersensibilità verso i giudizi negativi), il DP dipendente (comportamento sottomesso, con eccessivo bisogno di essere accuditi), il DP ossessivo-compulsivo (preoccupazione per l'ordine, perfezionismo e controllo) [14]. Da un punto di vista clinico e diagnostico il Disturbo Borderline riveste un ruolo di particolare rilevanza, dal momento che presenta un quadro con sintomi comuni a quasi tutti gli altri DP: rabbia, incapacità a costruire rapporti stabili e profondi, assenza di identità del sé, elementi depressivi e dipendenza dagli altri, che può indurre il paziente a ripetute crisi emotive, minacce di suicidio e atti di autolesionismo per evitare l'abbandono [16].

Abuso di sostanze e dipendenze: possiamo distinguere due tipologie differenti di dipendenza che può essere o da sostanze o comportamentale. Nel primo caso si tratta di un disordine neuro-psichiatrico associato a desiderio ricorrente di consumare sostanze, come droghe o alcol, nonostante le conseguenze dannose [14]; nel secondo caso la dipendenza ha come oggetto: il gioco d'azzardo, internet, i videogiochi e il gaming online, i social network, lo smartphone o il PC, lo shopping compulsivo, il sesso, la pornografia, l'esercizio fisico, il lavoro [20]. Questi argomenti verranno trattati in maniera più approfondita nei capitoli successivi.

Tentativo di suicidio: rappresenta generalmente una richiesta d'aiuto da parte del paziente che effettua un passaggio all'atto con mezzi non particolarmente letali, a differenza di quanto accade nel mancato suicidio, in cui il paziente non vuole evitare la morte ma non riesce nel suo intento per interferenza da parte di qualcun altro. In questo contesto, influiscono sulla letalità del suicidio aspetti epidemiologici come l'età e il sesso del paziente: infatti, nonostante i tentativi di suicidio siano maggiori nella popolazione adolescente e giovane adulta, la letalità è maggiore in pazienti di età avanzata; inoltre la popolazione femminile ha una maggiore frequenza di passaggio all'atto ma la mortalità risulta maggiore nel sesso maschile [10]. Questi aspetti sono strettamente correlati ai fattori di rischio per il suicidio, che possono risultare più comuni in alcune popolazioni rispetto ad altre, e tra questi abbiamo: precedenti tentativi di suicidio, storia di patologie psichiatriche (in particolare disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, schizofrenia, disturbi di personalità) o abuso di sostanze, storia familiare di suicidio, storia di abusi, patologie croniche, dimissione recente da un reparto di psichiatria, pensieri attuali di suicidio, problemi relazionali come separazioni, sentimenti di *hopelessness* e *helplessness*, problematiche sociali come perdita di una fissa dimora o di un impiego, accesso a mezzi letali [13].

2. L'agitazione psicomotoria

a. Gestione dello stato di agitazione

Non è raro riscontrare, in un contesto di emergenza-urgenza, pazienti in stato di agitazione psicomotoria, che possono sviluppare comportamenti aggressivi e violenti verso se stessi e/o il personale sanitario: per questo motivo, è di fondamentale importanza riconoscere le cause e i prodromi dell'aggressività e mettere in atto delle strategie in grado di gestire il paziente e proteggere lui come i presenti [21]. Tra i comportamenti indicativi di un'escalation con possibile ricorso alla violenza troviamo: iperattività motoria e verbale, irritabilità e sfoghi verbali [22]. Il corretto approccio al paziente agitato deve essere collaborativo, non coercitivo e graduale, iniziando con tecniche di de-escalation, seguite da interventi farmacologici e, laddove non altrimenti possibili, utilizzo di restrizioni [23].

Tecniche di de-escalation: il primo fondamentale passo da compiere è l'instaurazione di un dialogo con il paziente per fornire rassicurazione, comunicando in modo semplice e conciso, identificando i problemi e le richieste del paziente, discutendo su una possibile assunzione di farmaci a rapida azione per via orale. Ove possibile, si può condurre il paziente in un luogo calmo, silenzioso e sicuro, privo di materiale medico o oggetti che possono

rappresentare una potenziale arma contro il personale. Tra i vantaggi di questo metodo troviamo: il ridotto uso di risorse, con minori costi, e una migliore relazione medico-paziente [24].

Interventi farmacologici: nel caso in cui le precedenti tecniche non siano sufficienti a calmare il paziente, si può intervenire farmacologicamente con una somministrazione per via orale, intramuscolo o endovenosa. I farmaci maggiormente impiegati in questo contesto sono [25]:

- Antipsicotici tipici o di prima generazione: sono farmaci con un'elevata affinità per i recettori D2 a livello cerebrale e vengono somministrati soprattutto in pazienti con comorbidità psichiatriche; a questa categoria appartengono l'Aloperidolo (disponibile per via orale e intramuscolare) e il Droperidolo (disponibile per via intramuscolare ed endovenosa), utilizzati nel trattamento di agitazione, dolore, cefalea, nausea e vomito.
- Antipsicotici atipici o di seconda generazione: sono farmaci con affinità per i recettori centrali D2 ma anche serotoninergici, adrenergici, istaminici e muscarinici; i più comuni includono Ziprasidone, Aripiprazolo, Quetiapina e Olanzapina: quest'ultima è la molecola maggiormente impiegata, con un profilo d'azione sovrapponibile al Droperidolo, da cui differisce per l'impossibilità di una somministrazione endovenosa.
- Benzodiazepine: sono farmaci che agiscono sul recettore γ -amino-butyrico con effetto calmante, sedativo e ipnotico; tra i più comunemente somministrati, nella pratica clinica, troviamo il Lorazepam e il Midazolam (entrambi per via orale, intramuscolare e endovenosa).
- Ketamina: è un farmaco con effetto dissociativo e sedativo, che interagisce con i recettori per gli oppioidi, NMDA del glutammato, recettori per le amine simpaticomimetiche e colinergici [26].

Questo tipo di intervento, rispetto alle tecniche di de-escalation, presenta una maggiore efficacia ma anche problematiche correlate alla difficoltà di somministrazione, a cui il paziente può opporre resistenza, e agli effetti collaterali dei farmaci stessi, come il rischio di possibile allungamento del QTc per l'Aloperidolo e la depressione respiratoria per le benzodiazepine [24].

Restrizioni: dovrebbero essere riservate solo ai pazienti strettamente monitorati e che costituiscono un pericolo per se stessi, il personale sanitario e gli altri pazienti; inoltre, dovrebbero essere minime e rimosse il prima possibile per evitare lesioni determinate dall'atto stesso di contenere il paziente o dal tentativo di divincolarsi, con conseguente lisi muscolare, rabdomiolisi e potenziale morte per asfissia, strangolamento o compressione toracica [27].

b. Pazienti che non fanno uso di sostanze

In caso agitazione psicomotoria, è di fondamentale importanza effettuare un'analisi accurata che permetta di riconoscere la causa primitiva dello stato del paziente. La valutazione deve includere: anamnesi, esame obiettivo, esami laboratoristici ed eventuale imaging [28].

Le principali scale impiegate per valutare il livello di agitazione del paziente sono [29]:

- Behavioural Activity Rating Scale [30]: rappresenta il metodo più veloce e più facilmente applicabile, dal momento che non richiede di porre al paziente domande, a cui difficilmente si otterrebbe risposta. È caratterizzata da una scala di punti che vanno da 1 a 7 e ciascun numero corrisponde ad un quadro clinico differente:
 1. Difficile o impossibile da svegliare
 2. Dorme ma risponde normalmente a stimoli verbali o fisici
 3. Sonnolento, sembra sedato
 4. Sveglia e calmo (normale livello di attività)
 5. Segni di iperattività fisica o verbale ma può essere calmato verbalmente
 6. Estremamente o continuamente attivo, non necessita contenzione
 7. Violento, necessita contenzione
- Richmond Sedation-Agitation Scale [31]
- Overt Agitation Severity Scale
- Overt Aggression Scale
- Agitation Severity Scale

Il primo aspetto da chiarire è se l'agitazione sia correlata ad uno stato di delirium ovvero un disturbo acuto e fluttuante dell'attenzione e della consapevolezza, con ridotto orientamento nello spazio e disturbi cognitivi come deficit di memoria, linguaggio, abilità visuo-spaziali o percezione [14].

Dopo aver escluso questa possibilità, sono innumerevoli le possibili cause sottostanti ad uno stato di agitazione [32]:

- Primitive psichiatriche: esacerbazioni e recidive di Schizofrenia o Disturbo Bipolare
- Secondarie a patologie neurologiche: stroke, trauma cranico, demenza, neoplasie, encefalite
- Condizioni patologiche con effetto secondario sul SNC: sepsi, shock cardiogeno, intossicazione da farmaci
- Patologie che influiscono sul sistema endocrino: disturbi idro-elettrolitici, ipoglicemia, ipossia, ipercapnia, insufficienza renale o epatica, tireotossicosi, coma mixedematoso, deficit nutrizionali, infezioni locali o sistemiche, sepsi, delirium da febbre
- Condizioni patologiche in acuto: shock, ustioni, ipotermia, ipertermia, dolore

c. Pazienti che fanno uso di sostanze

Le sostanze d'abuso rappresentano un problema con un forte impatto medico e sociale, perciò è importante conoscerne le caratteristiche, gli effetti e i rischi correlati per poter contrastare gli esiti potenzialmente letali e indirizzare il paziente verso un percorso di disintossicazione [33].

In questo contesto bisogna chiarire il significato dei concetti di dipendenza, abuso e astinenza [14].

La dipendenza è una modalità patologica d'uso di una sostanza che conduce a disagio clinicamente significativo accompagnato da tre o più condizioni tra cui: tolleranza, astinenza, assunzione in quantità crescenti e per periodi più lunghi di tempo, desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza, una grande quantità di tempo spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza o a riprendersi dai suoi effetti, interruzione di importanti attività sociali, uso continuativo nonostante la consapevolezza di avere un problema di natura fisica o psicologica causato o esacerbato dalla sostanza.

L'abuso è una modalità patologica d'uso di una sostanza che conduce a disagio clinicamente significativo accompagnato da una o più condizioni tra cui: uso ricorrente della sostanza risultante in una incapacità ad adempiere ai principali compiti con il ruolo sociale e lavorativo, ricorrente uso della sostanza in situazioni fisicamente rischiose, ricorrenti problemi legali correlati alle sostanze, uso continuativo nonostante i problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti della sostanza, assunzione in quantità crescenti e per periodi più lunghi, desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o

controllare l'uso, una grande quantità di tempo spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza o a riprendersi dai suoi effetti, interruzione di importanti attività sociali, uso continuativo nonostante la consapevolezza di avere un problema di natura fisica o psicologica.

L'astinenza è lo sviluppo di una sindrome sostanza specifica conseguente alla cessazione o riduzione dell'assunzione di una sostanza precedentemente assunta in modo pesante e prolungato o esposizione di una sostanza; la sindrome sostanza specifica causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

I due principali metodi classificativi delle sostanze psicotrope le distinguono in base al tipo di dipendenza e al tipo di effetto che determinano:

Classificazione tipo di dipendenza – tipo di sostanza [34]:

- Dipendenza fisica, psichica e fenomeno della tolleranza
 1. Oppioidi
 2. Barbiturici
 3. Alcol, con il fenomeno della tolleranza inversa
- Dipendenza psichica e fenomeno della tolleranza
 1. Anfetamine
 2. LSD
- Dipendenza psichica senza fenomeno della tolleranza
 1. Cocaina
 2. Cannabis

Classificazione tipo di effetto – tipo di sostanza (alcune sostanze hanno una sovrapposizione di categorie data dalla molteplicità degli effetti) [35]:

- Psichedelici: sostanze psicoattive con effetti allucinogeni, determinano una perdita di capacità di filtro talamico nella distinzione tra input interni ed esterni con stati di coscienza onirici, dissociativi ed alterati, definiti comunemente in gergo “trip”.
- Downer: sostanze psicoattive con effetti rilassanti e soporiferi, provocati dall'azione sui recettori GABAergici, riducono il coordinamento motorio, l'euforia e l'ansia, rallentando le attività corporee e le capacità di reazione, possono indurre stati onirici.

- Empatogeni ed entactogeni: sostanze psicoattive che agiscono inducendo il rilascio o inibendo la ricaptazione di neurotrasmettitori come serotonina, dopamina e noradrenalina; determinano effetti stimolanti sull'umore, favorendo la socialità e l'empatia.
- Stimolanti: sostanze psicoattive che inducono il rilascio o inibiscono la ricaptazione di neurotrasmettitori come noradrenalina, adrenalina e dopamina, con effetti eccitanti, euforizzanti che influenzano l'umore, aumentano la resistenza fisica e sollecitano l'attività mentale; inoltre, agendo sugli ormoni dello stress, riducono la fame, la sete, il dolore e il bisogno di dormire.
- Dissociativi: sostanze psicoattive allucinogene con effetti dissociativi tra l'ambiente e se stessi ma anche tra la mente e il corpo; a dosaggi più bassi inducono effetti psichedelici con scomposizione dello stato di coscienza, memoria e capacità motorie provocando pseudo-allucinazioni, mentre ad alti dosaggi possono provocare stati catalettici, analgesia ed anestesia.
- Nuove sostanze psicoattive: è una categoria che riunisce tutte le sostanze di nuova sintesi con effetti psicoattivi paragonabili a quelli delle droghe già note. Le NSP vengono prodotte attraverso la modifica della struttura chimica delle droghe già note ma non rientrano nell'elenco degli stupefacenti, motivo per cui vengono anche chiamate "legal highs", ma spesso vengono spacciate per Anfetamine, Ketamina, Ecstasy o aggiunte a queste come prodotti di taglio.

Dato il frequente riscontro di agitazione secondaria ad uso di sostanze psicoattive, questo argomento verrà approfondito nel capitolo successivo.

3. Sostanze e tipologie di abuso

a. Alcol

Secondo le ultime stime della World Health Organization (WHO) l'alcol rappresenta la sostanza psicotropa con il maggiore impatto sociale ed economico: ogni anno il consumo eccessivo nel mondo è correlato a circa 3 milioni di morti, rappresentando il 5.3% dei decessi totali, percentuale che sale al 13.5% se si considera la fascia d'età compresa tra i 20 e i 39 anni [36].

La WHO definisce l'Unità Alcolica [37] come un quantitativo pari a 12 grammi di etanolo, che possono essere contenuti in un bicchiere piccolo di vino (125 ml), una lattina o bottiglia

di birra (330 ml) o una dose di superalcolico (40 ml). Da ciò si evince che un consumo moderato corrisponde a [38]:

- 2-3 unità alcoliche/die per soggetti di sesso maschile
- 1-2 unità alcoliche/die per soggetti di sesso femminile
- 1 unità alcolica/die per soggetti anziani
- Astinenza totale per bambini ed adolescenti

A differenza delle altre sostanze, trattate successivamente in questo capitolo, la vendita di alcol è legale e regolamentata dallo Stato secondo la legge 125/2001 [39] e l'articolo 689 del Codice Penale [40]. Inoltre, l'alcol presenta una forte valenza sociale, con modalità di consumo che è possibile distinguere in due tipi differenti di culture [41]:

- Cultura “bagnata”: fa riferimento ai Paesi del Mediterraneo con una produzione secolare di vino ed un modello di consumo più regolare, associato ai pasti e conviviale. In questo contesto, il principale rischio in cronico è rappresentato dalla possibilità di sviluppare danni organici come la cirrosi epatica.
- Cultura “asciutta”: fa riferimento ai Paesi del nord/est Europa con una produzione di birra e superalcolici ed un modello di consumo più rarefatto nel tempo, fuori pasto, concentrato nel week-end e volutamente eccessivo. In questo contesto, si ha un maggiore rischio di sviluppare una dipendenza da alcol.

Tuttavia, in Italia, i mutamenti sociali dell'ultimo secolo hanno allargato il bacino di consumatori, includendo anche le donne, e modificato le modalità di assunzione, favorendo sempre più il passaggio ad una cultura “umida”, in cui prevale, tra i soggetti più giovani, l'uso di superalcolici ed il “binge drinking” [42] (assunzione superiore a 6 Unità Alcoliche in un breve lasso di tempo), al fine di ottenere l'intossicazione da alcol.

Gli effetti sono strettamente correlati alla concentrazione assunta [43]:

- A basse dosi: lieve effetto stimolante con rilassamento, disinibizione ed euforia
- A dosi elevate: ridotta capacità di reazione ed eccesso di fiducia in se stessi con un alto rischio di incidenti, loquacità, irritabilità, aggressività, ipoestesia, iper o ipotermia e disturbi di equilibrio, eloquio e vista (effetto tunnel e sdoppiamento)
- Dopo un consumo eccessivo: intossicazione con possibile stato comatoso e soppressione dei riflessi vitali che possono portare alla morte per soffocamento da vomito o ipotermia. Altre possibili conseguenze sono: convulsioni, ipertensione,

depressione respiratoria ed arresto cardiaco improvviso. Al termine di questa fase si manifestano i sintomi di “hangover” con cefalea, nausea e gastralgia

Sul lungo termine l'alcol favorisce lo sviluppo di problematiche di natura sia psichica sia organica, tra cui:

- Dipendenza [44]: è correlata a sintomi sia psichici sia fisici, con un fenomeno di astinenza associato ad agitazione, tremore, nausea e vomito. E' comune riscontrare, in caso di consumo cronico, il fenomeno della tolleranza inversa (il danno epatico riduce la concentrazione degli enzimi deputati alla detossificazione dell'alcol quindi l'alcolista risente degli effetti da intossicazione già a dosi più basse) e la comparsa di una sintomatologia paranoica che si esplica nel delirio di gelosia (è spesso alla base di omicidi/uxoricidi e consiste nella convinzione acritica di un tradimento da parte del partner, derivante dal fatto che il soggetto alcolista ha un aumentato desiderio sessuale al quale non può adempiere a causa della disfunzione erettile e, perciò, proietta questo suo disagio sull'altro) e nelle allucinazioni di tipo uditivo
- Delirium tremens [45]: è una psicosi acuta gravissima caratterizzata da confusione mentale, disorientamento nei confronti di spazio, tempo e la propria persona, stato oniroide, insonnia, falsi riconoscimenti con allucinazioni visive di tipo microzooptico o lillipuziano (i formicolii che il paziente percepisce a causa della polineuropatia vengono interpretati come sciami di insetti che gli percorrono il corpo) e grande agitazione psicomotoria (per questo viene definito tremens) con movimenti finalizzati a scacciare gli insetti sopracitati. Da un punto di vista organico, rappresenta una condizione altamente invalidante per il paziente, a causa del forte scompenso metabolico con disidratazione ed ipertermia che possono anche portare alla morte del paziente. Nella maggior parte dei casi si tratta di un episodio della durata di circa una settimana che si risolve con uno stato di sonno profondo per circa 36-48 ore, da cui il paziente si risveglia lucido, orientato e senza nessun ricordo dell'evento
- Encefalopatia di Wernicke [46]: è una patologia organica derivante da un deficit di tiamina, che ha come conseguenza una triade sintomatologica tipica costituita da disturbi oculomotori (nistagmo e paralisi dei nervi abducenti), andatura atassica e stato confusionale
- Sindrome di Korsakoff [47]: è una condizione psicotica che spesso segue il delirium tremens ma può anche esserne indipendente; è caratterizzata da amnesia anterograda

(con perdita dei ricordi più recenti e mancata fissazione di nuovi ricordi), confabulazione (tentativi di riempire i vuoti mnesici con racconti inventati), falsi riconoscimenti (derivanti sempre da un deficit mnesico), polinevrite da deficit di tiamina, possibile agitazione psicomotoria, euforia ed inconsapevolezza della propria malattia

- Danno multiorgano [48]: cardiomiopatia, aritmie, stroke, ipertensione, steatosi epatica, epatite alcolica con sviluppo di fibrosi e cirrosi, pancreatite, gastriti ed ulcere, polineuropatia alcolica, favorita dal deficit di tiamina, e immunosoppressione con infezioni ricorrenti
- Effetto co-cancerogeno [48]: rafforza l'effetto cancerogeno di altre sostanze come il fumo, con maggiore insorgenza di neoplasie a carico di esofago, fegato, seno, colon-retto e distretto testa-collo

b. Droghe vecchie e nuove

Questo sottocapitolo è dedicato all'analisi degli effetti e dei rischi correlati al consumo di sostanze stupefacenti.

Psichedelici:

Canapa [49], [50]: ne esistono due specie chiamate indica e sativa, con numerose forme ibride. I principali prodotti di consumo sono "erba", hashish e oli che vengono mischiati con il tabacco per essere fumati, più raramente vengono bevuti sotto forma di tè o mangiati. I principi attivi della canapa sono THC (psichedelico), CBD (rilassante) e CBN, a cui si aggiungono circa altre 400 sostanze psicoattive presenti nei suoi derivati. L'indica ha un effetto rilassante, calmante e oressizzante mentre la sativa ha effetti euforizzanti e psichedelici, che portano ad eccessi incontrollati di ilarità e ad una percezione rallentata del tempo. Tra i possibili effetti collaterali troviamo tachicardia, secchezza delle fauci, senso di fame incontrollabile ("fame chimica") e, soprattutto alla prima assunzione, vertigini, nausea e vomito. A dosi elevate possono manifestarsi problemi circolatori con possibile collasso, alterazioni dell'affettività fino a sviluppare paranoia e crisi depressive. In caso di consumo frequente di elevate quantità di sostanza, il paziente può sviluppare una dipendenza psichica con leggeri sintomi fisici di sudorazione, perdita di appetito, insonnia ed irritabilità. Se il consumo diventa cronico c'è un rischio di distacco dalla realtà con deficit di memoria a breve termine e perdita di motivazione. E' fondamentale evitare il consumo combinato di canapa e LSD, psilocibina, DMT e sostanze del gruppo 2C-X.

Cannabinoidi sintetici (o “spice”) [51]: si tratta di molecole sintetiche analoghe dei cannabinoidi naturali, spesso sono venduti come prodotti legali ma presentano comunque degli importanti effetti negativi sulla salute, dato che spesso contengono naftalene, i cui metaboliti hanno effetti cancerogeni. Gli effetti sono paragonabili a quelli della canapa ma generalmente più intensi perché c’è una interazione più forte e più duratura con i recettori. Tra i possibili effetti collaterali riscontriamo nausea, vomito, cefalea, sudorazione, aggressività, disturbi depressivi, deficit di coordinamento motorio, danni renali, disturbi cardiaci o gastrointestinali, convulsioni e sviluppo di disturbi psicotici. La tossicità è superiore rispetto alla canapa naturale, con potenziali sintomi di astinenza entro pochi giorni e un maggiore rischio di sviluppare dipendenza. Dal momento che rientrano nel gruppo delle nuove sostanze psicoattive le informazioni sul consumo a lungo termine e sull’interazione con le altre sostanze sono ancora in gran parte sconosciuti perciò è necessario che il paziente si astenga dal consumo contemporaneo di cannabinoidi sintetici e alcol o altre sostanze psicoattive.

Ketamina [52], [53]: è un narcotico sintetico in forma di liquido o di polvere bianca cristallina, può essere sniffata, ingerita o iniettata per via IM o EV. Appartiene contemporaneamente alla categoria degli psichedelici e dei dissociativi, perciò induce degli stati di dissociazione dalla realtà con un’alterata percezione dello spazio e del tempo, fino ad una sensazione di distacco corporeo e di immedesimazione con l’ambiente circostante, associati ad allucinazioni, soprattutto nella fase di discesa degli effetti. Le capacità motorie e di comunicazione possono essere fortemente compromesse per mancanza di coordinamento e mobilità ridotta. Tra gli altri effetti collaterali troviamo effetto anoressizzante, tachicardia, ipertensione, deficit dei movimenti oculari, nausea e vomito. A dosi elevate il quadro motorio si complica ulteriormente con rigidità muscolare fino alla paralisi e, in caso di sovraddosaggio, il paziente può sviluppare insensibilità al dolore, crisi convulsive fino ed entrare in uno stato coma. Le esperienze dei consumatori descrivono il “trip” da Ketamina come un evento psicologicamente stressante, caratterizzato da esperienze ai confini della morte, visione a tunnel, blackout e vuoti di memoria (si parla di “K-hole”). Un consumo regolare determina assuefazione, in particolare in combinazione con altre sostanze, come oppiacei, alcol, GHB e GBL, eroina, benzodiazepine e codeina, che complicano ulteriormente il quadro clinico e sintomatologico.

LSD [54], [55]: è una sostanza allucinogena che in passato veniva estratta dai funghi della segale cornuta mentre attualmente è prodotta tramite sintesi chimica. È un liquido

generalmente ingerito sotto forma di francobollo di carta assorbente o, più raramente, di compresse di gelatina. Gli effetti dipendono fortemente dal dosaggio, dal set (lo stato mentale del consumatore) e dal setting (l'ambiente sociale e fisico in cui si svolge l'esperienza): infatti risulta una droga particolarmente pericolosa per i soggetti inesperti che possono essere sopraffatti dagli intensi cambiamenti della percezione. L'LSD ha delle ripercussioni sulle percezioni sensoriali, spaziali e temporali, con possibile senso di dissociazione dal corpo e dall'identità. Gli effetti collaterali più comuni sono; convulsioni, fluttuazioni della temperatura corporea e della pressione sanguigna, dispnea, aritmie cardiache e nausea. Un uso prolungato esita in perdita di contatto con la realtà e problematiche di ordine psichico, dipendenti dalla personalità del consumatore. Non sono noti casi di dipendenza ma bisogna evitare il consumo contemporaneo di canapa, psilocibina, DMT e droghe del gruppo 2C-X.

Mescalina [56], [57]: è una sostanza allucinogena di origine naturale, originariamente impiegata nei rituali sciamanici dell'America Latina. Viene ingerita come solfato o cloridrato di mescalina in polvere. Induce degli effetti ad intensità crescente con il progredire del "trip": c'è uno stato iniziale di iperattività ed agitazione, cui segue un'aumentata percezione visiva dei colori fino ad arrivare alla fase finale caratterizzata da esperienze di profonda concentrazione meditativa con visioni, senso di euforia mistica e sensazione di dissoluzione dell'Io. Gli effetti collaterali sono più comuni a dosaggi elevati e comprendono: nausea, vomito con rischio elevato di soffocamento, arresto respiratorio, tachicardia, ipertensione, secchezza delle fauci seguita da scialorrea, midriasi, aumento della temperatura corporea, effetto anoressizzante e danno epatico. Il pericolo maggiore è rappresentato dalla perdita di contatto con la realtà, motivo per cui andrebbe evitato il consumo combinato con canapa, LSD, psilocibina, DMT e sostanze del gruppo 2C-X.

Psilocibina [58], [59]: è il principio attivo dei funghi allucinogeni, che rappresentano la principale forma di consumo mentre la psilocibina sintetica pura è in forma di polvere bianca. L'intensità degli effetti varia in base al dosaggio: a bassa dose è stimolante, euforizzante ed esilarante; a dose intermedia è leggermente allucinogena; a dose elevata è fortemente allucinogena e psichedelica con alterata percezione spaziale e temporale, visioni oniriche e profonda introspezione. Tra gli effetti collaterali: midriasi, aritmie, palpitazioni, tachicardia alterazioni della pressione sanguigna, possibile collasso circolatorio aumento della temperatura corporea con sudorazione, dispnea, nausea, disturbi dell'equilibrio, stati confusionali e ansia che può scaturire in attacchi di panico, in base agli stimoli del setting.

A lungo termine possono svilupparsi deficit di memoria a breve termine e psicosi in soggetti vulnerabili. Non sono noti problemi di dipendenza correlati ad un consumo anche prolungato ma si dovrebbe evitare il consumo contemporaneo di alcol, LSD, canapa, DMT e sostanze del gruppo 2C-X.

DMT (N,N-dimetiltriptamina) e 5-MeO-DMT (5-metossi-N,N-dimetiltriptamina) [60], [61]: sono triptamine psichedeliche di origine vegetale ma spesso prodotte per sintesi chimica. L'ayahuasca è una miscela costituita da due specie vegetali differenti: la *Psychotria viridis*, che contiene il DMT, e la *Banisteriopsis caapi*, contenente alcaloidi che fungono da MAO inibitori; il DMT normalmente viene distrutto nel processo digestivo ma i MAO inibitori ne favoriscono la persistenza e lo sprigionamento degli effetti. Queste due sostanze determinano una sensazione di euforia con percezione del tempo rallentata, separazione tra corpo e mente, dissoluzione dell'Io, immersione in esperienze oniriche. Gli effetti collaterali sono nausea e vomito, tachicardia, tachipnea, ipertensione, agitazione, tremori, cefalea, midriasi e vertigini. Non è raro che anche i consumatori più esperti possano vivere in maniera negativa questi effetti, sperimentando un "bad trip" che può esitare in disturbi permanenti della percezione di sé e della realtà, dati dalla manifestazione di possibili psicosi latenti. Per cercare di scongiurare questa eventualità bisogna evitare il consumo contemporaneo di LSD, psilocibina, canapa e sostanze del gruppo 2C-X.

DOM (2,5-dimetossi-4-metilanfetamina), DOI (2,5-dimetossi-4-iodanfetamina), DOB (2,5-dimetossi-4-bromanfetamina), DOC (2,5-dimetossi-4-cloroanfetamina) [62]: sono anfetamine allucinogene, generalmente consumate sotto forma di francobollo di carta assorbente. Presentano una caratteristica intensificazione crescente delle percezioni, con allucinazioni visive nel caso di DOI e DOB, ed agitazione psicomotoria. Dato che queste sostanze richiedono molto tempo per raggiungere l'apice degli effetti, c'è un rischio elevato di sovraddosaggio con aumentata probabilità di sviluppare attacchi di panico, stati confusionali, paralisi e insensibilità al dolore con pericolo di incidenti e ferimenti. A lungo termine il consumatore può andare incontro a perdita di contatto con la realtà e sviluppo di disturbi psichici. Bisogna evitare il consumo combinato di canapa, LSD, psilocibina, DMT e sostanze 2C-X.

NBOMe [63], [64]: è una famiglia di nuove sostanze psicoattive derivante dal gruppo 2C-X, consumate soprattutto sotto forma di gocce, "blotter" (carta assorbente) o polvere bianca, motivo per cui talvolta vengono spacciate per LSD o mescalina sintetica. Sono

contraddistinte da effetti psichedelici, stimolanti, empatogeni ed entactogeni, che possono provocare euforia; le percezioni sono intensificate con possibili allucinazioni ma meno intense rispetto all'LSD. I rischi sono particolarmente elevati, soprattutto nel caso in cui non vengano rispettate le regole di set/setting e vi sia sovraddosaggio, favorito dagli effetti meno intensi rispetto all'LSD. Le principali problematiche riscontrate in consumatori di NBOMe sono: disordini di natura psichica (disorientamento, panico, paranoia e "bad trip") e alterazioni del microcircolo, determinate dagli effetti vasocostrittori di queste sostanze. È sconsigliato il consumo combinato con MDMA, dato che entrambi agiscono sul rilascio di serotonina, anfetamine e MAO inibitori.

Solanacee psicoattive [65]: sono allucinogeni di origine vegetale consumati in forma di miscele ingeribili, fumati o impiegati come unguenti. Tra i principi attivi troviamo scopolamina, iosciamina e atropina, che sono responsabili degli effetti lievemente narcotici e allucinatori. A differenza degli altri psichedelici, le solanacee determinano allucinazioni vivide, vissute come esperienze reali, in cui il consumatore arriva a comunicare con interlocutori assenti o con oggetti inanimati. Gli effetti collaterali sono numerosi e di intensità variabile: midriasi che può durare anche diversi giorni, prurito, secchezza delle mucose, fotofobia, vertigini, perdita del controllo motorio, amaurosi fugax, ansia e alessia. A dosi elevate si manifesta un peggioramento delle condizioni neurologiche con vuoti di memoria, convulsioni e problemi respiratori fino alla potenziale morte per arresto respiratorio. Non sono completamente noti gli effetti combinati con altre sostanze perciò il consumatore dovrebbe evitarle, data l'imprevedibilità degli effetti.

Downer:

Benzodiazepine [66]: sono farmaci che stimolano l'attività GABAergica, con conseguente effetto sedativo, ipnotico, ansiolitico, anestetico, anticonvulsivante e miorilassante. A dosaggi elevati possono indurre intorpidimento e vuoti di memoria; in caso di consumo prolungato c'è un elevato potenziale di dipendenza con sintomi psichici e fisici. In corso di terapia con benzodiazepine bisogna evitare alcol, GHB e GBL, eroina, oppiacei e ketamina.

Canapa CBD o "light" [67]: è caratterizzata da basse concentrazioni di THC (< 1%) e alte concentrazioni di CBD (> 4%). Ha lo stesso aspetto della marijuana perciò viene più comunemente mischiata al tabacco per essere fumata, più raramente viene infusa o utilizzata per la preparazione di alimenti. Ha effetti più blandi rispetto alla canapa naturale e ai cannabinoidi sintetici: infatti non provoca ebbrezza ma una sensazione di rilassamento con

possibili effetti sull'umore. I principali rischi sono determinati dalla combustione che favorisce neoplasie, malattie cardiovascolari e polmonari, ma non sembra avere altre effetti collaterali, anche se la letteratura in merito è ancora limitata.

Codeina [68]: è un profarmaco che viene metabolizzato per il 5-10% diventando morfina, viene consumata a scopo ricreativo in diverse formule come “Sizzurp”/”Purple drank” (miscela di sciroppi anti tussigeni contenenti codeina, prometazina e succhi di frutta o bibite gassate) o “US Texas Tea” (codeina e prometazina). Gli effetti hanno una variabilità estrema inter persona ma generalmente includono euforia, serenità o agitazione e aumento della fiducia in se stessi, mentre a dosi elevate si può riscontrare un leggero effetto sedativo o grave sonnolenza. Tra gli effetti collaterali più comuni si manifestano: secchezza delle fauci, nausea e vomito, aumento della temperatura corporea, sudorazione, disidratazione, effetto anoressizzante, reazioni allergiche con prurito generalizzato o rush cutanei, crampi allo stomaco e costipazione. Un consumo a lungo termine può associarsi ad assuefazione con sintomi psichici e fisici di astinenza, calo del desiderio sessuale, insonnia e agitazione. Bisogna evitare l'associazione con alcol, GHB e GBL, eroina, benzodiazepine, antistaminici e, soprattutto, altri oppiacei per evitare il rischio di incorrere in depressione respiratoria.

Destrometorfano [69]: è un oppiaceo sintetico ad effetto anti tussigeno che provoca disturbi della percezione e confusione mentre ad alti dosaggi sono possibili gli effetti euforizzanti e di carattere allucinogeno. Gli effetti tossici sull'organismo si manifestano con crisi convulsive, stitichezza, sterilità, rash cutanei e forte prurito. Un consumo regolare ha un elevato potenziale di dipendenza e favorisce, a lungo termine, l'assuefazione con sintomi psichici e fisici di astinenza, insonnia e agitazione. Non bisogna assumere contemporaneamente eroina, oppiacei, alcol, codeina, ketamina, GHB e GBL.

Eroina (diacetilmorfina) [70], [71]: è una sostanza semisintetica appartenente al gruppo degli oppiacei. Viene venduta sotto forma di polvere che può essere iniettata, più raramente fumata o sniffata. Può presentarsi in forma pura di diacetilmorfina, con una azione molto più potente, o mixata con la cocaina nel cosiddetto “speedball”. Dopo l'iniezione si manifesta una sensazione iniziale di euforia (flash) seguita da benessere, tranquillità, serenità e un potente effetto antidolorifico. Gli effetti indesiderati in acuto sono: bradipnea, nausea e vomito, prurito, ipotensione, bradiaritmia, miosi, patologie delle vie urinarie; in caso di sovradosaggio il paziente può andare incontro ad arresto respiratorio e danno d'organo, talvolta con esiti letali. Il consumo regolare determina l'insorgenza di problematiche di tipo

neurologico come confusione, vuoti di memoria, difficoltà d'espressione verbale e mancanza di coordinamento motorio, a cui si associano costipazione e riduzione del desiderio sessuale. C'è un elevato rischio di dipendenza ed astinenza che si manifesta dopo circa 8-12 ore dall'ultima assunzione con sintomi quali: sudorazione, brividi, lacrimazione, rinorrea, vomito, diarrea, agitazione, irritabilità, debolezza, ansia, stati depressivi, crampi, insonnia e, più raramente, allucinazioni, psicosi e convulsioni. Gli effetti risultano potenziati in caso di consumo combinato con ketamina, alcol, GHB e GBL, benzodiazepine, codeina ed altri oppiacei.

GHB e GBL [72], [73]: il GHB è un derivato amminoacidico, che viene trasformato dall'organismo in GABA, e il GBL è un suo precursore. Ha uno spettro di effetti che dipendono soprattutto dal dosaggio e dal set e che comprendono euforia, rilassamento, disinibizione, aumento delle capacità percettive, loquacità, capogiri e sonnolenza fino a perdita di coscienza e stato comatoso. Anche la probabilità di sviluppare effetti avversi aumenta con il dosaggio, che favorisce l'insorgenza di nausea e vomito, vertigini, stati confusionali, difficoltà respiratorie, deficit di memoria, spasmi muscolari incontrollabili, cefalea, immobilità, perdita di coscienza e scomparsa dei riflessi. In caso di sovradosaggio il consumatore può manifestare uno stato di sonno profondo, da cui risulta difficilmente risvegliabile. Un consumo cronico e regolare induce dipendenza con sintomi psichici e fisici come disturbi del sonno, ansia e tremori. La combinazione con alcol può provocare facilmente il collasso mentre i farmaci antiretrovirali insieme al GHB possono essere letali, per depressione respiratoria, già a piccole dosi; altre associazioni da evitare includono benzodiazepine, oppiacei ed antistaminici.

Neurolettici (o antipsicotici) [74]: sono farmaci impiegati per il trattamento delle psicosi; dal momento che antagonizzano la dopamina hanno effetto ansiolitico, calmante ed anti-allucinatorio con stabilizzazione dell'umore. Gli effetti collaterali più comuni sono: sedazione, ipotensione, disturbi gastrointestinali, oculari, visivi, vescicali, disfunzioni sessuali, torpore, debolezza, secchezza delle fauci, difficoltà dell'accomodazione visiva, impotenza, stitichezza, difficoltà di minzione, aumento della temperatura, aumento di peso, instabilità pressoria, abbassamento della soglia epilettogena e alterazioni mestruali. A lungo termine possono indurre riduzione dei movimenti spontanei, simil parkinsonismo (tremore, bradicinesia e rigidità), rigidità muscolare, perdita di espressività del volto, rallentamento ideo-motorio, movimenti involontari o semivolontari rapidi simili a tic e rallentamento dei riflessi.

Oppio [75]: è un lattice estratto naturalmente dal *Papaver somniferum*, da cui vengono sintetizzati morfina ed eroina. L'oppio sotto forma di pasta scura può essere fumato in apposite pipette o bevuto in infusione ma può essere assunto anche per via rettale. Inizialmente provoca una sensazione di lucidità ed euforia, seguite da un profondo senso di rilassamento fisico e mentale, inoltre i sensi si intorpidiscono, le emozioni si ammorbidiscono e i desideri si placano. Tra gli effetti collaterali principali si riscontrano: bradipnea, nausea e vomito, stitichezza, miosi, prurito e sonnolenza; nella fase di discesa si possono manifestare vere e proprie fasi depressive momentanee. Gli effetti a lungo termine ed i sintomi associati all'astinenza sono sovrapponibili a quelli dell'eroina.

Oppiacei [76], [77]: sono derivati naturali o semi-sintetici dell'oppio, usati a scopo antidolorifico, antitussivo, anestetico o per il trattamento della dipendenza da eroina, nel caso di metadone, morfina e buprenorfina. Esistono numerose vie di somministrazione tra cui compresse, capsule, gocce ingeribili, supposte, liquidi iniettabili o patch cutanei. Agli effetti sopracitati si aggiungono euforia, rilassamento, sedazione e serenità. Gli effetti avversi sono in buona parte sovrapponibili a quelli dell'eroina e includono: nausea, vomito, vertigini, prurito, sudorazione, stitichezza, effetto anoressizzante e crampi allo stomaco, mentre a dosi elevate rallentamento e arresto respiratorio, profonda sonnolenza e sensazione di torpore. A lungo termine si manifestano assuefazione ed astinenza che causa il bisogno compulsivo di consumo con agitazione, ansia, insonnia, diarrea, rinorrea e orripilazione. Bisogna evitare il consumo combinato di ketamina, alcol, benzodiazepine, GHB e GBL, ma soprattutto eroina ed altri oppiacei per evitare l'instaurarsi di stati di shock potenzialmente letali con arresto respiratorio.

Popper (nitrito di amile) [78]: il nitrito di amile è un vasodilatatore impiegato nel trattamento dell'angina pectoris ma anche a scopo ricreativo per i suoi effetti afrodisiaci ed euforizzanti. L'inalazione del popper determina rilassamento muscolare, ipotensione, tachicardia, vampate di calore, insensibilità al dolore ed intensificazione dell'orgasmo maschile. Date le proprietà di questa sostanza, i principali effetti collaterali sono: cefalea, vertigini, palpitazioni, sincope, collasso circolatorio. Se il consumo è regolare si possono sviluppare dei deficit permanenti delle facoltà mnemoniche e della concentrazione, ridotta capacità di reazione, problematiche cardiache, epatiche e renali con danni al SNC. Esistono degli ulteriori rischi correlati all'ingestione del liquido, che provoca gravi danni ai visceri, e all'assunzione concomitante di altre sostanze, tra cui ketamina, alcol e viagra.

Empatogeni ed entactogeni:

Ecstasy [79], [80]: è un derivato sintetico delle anfetamine, il cui principio attivo è l'MDMA (3,4-metilendioossimetanfetamina). Stimola il rilascio di serotonina che ha effetto anoressizzante, aumenta l'attenzione, la temperatura corporea e la pressione sanguigna, inoltre induce una sensazione di leggerezza e di benessere, intensifica le percezioni visiva ed uditiva, diminuisce le inibizioni aumentando il senso di empatia ed il bisogno di contatto fisico. Gli effetti collaterali più comuni sono: intorpidimento, tremore, nausea e vomito, colpi di calore mentre, in caso di sovradosaggio, crampi muscolari ed allucinazioni. Un consumo regolare determina un'alterazione del sistema di rilascio della serotonina con possibili problematiche nella sfera dell'affettività. L'ecstasy è spesso associata a diverse sostanze di taglio [81] come caffeina (effetto stimolante, tachicardia, aumento temporaneo dell'efficienza, euforia, sudorazione, palpitazioni, urgenza urinaria, aritmie, disturbi della percezione, tremori, nervosismo, disturbi del sonno, effetto anoressizzante, ipertensione), anfetamine (stimolano le prestazioni tramite il rilascio di noradrenalina e dopamina, euforia, aumento della temperatura, propensione al rischio, loquacità, effetto anoressizzante, soppressione di fatica e dolore), 2C-B, MDA, metanfetamine e ketamina. Esistono poi numerosi sottoprodotti di sintesi (DPIA, MDP2P, 1-benzil-3-metilnaftaleno) e sostanze psicoattive spacciate per ecstasy, anche se non contengono MDMA, di cui non conosciamo a pieno gli effetti ed i rischi. Non va associato il consumo di inibitori di proteasi, sostanze 2C-X, cocaina, metanfetamine e MAO inibitori.

M-CPP (meta-clorfenil-piperazina) [82]: è un derivato della piperazina, spesso spacciato per ecstasy. Favorisce un lieve cambiamento delle facoltà percettive e sensazioni di ilarità. Tuttavia ha importanti effetti collaterali come cefalea, stanchezza, nervosismo, dispnea, nausea, vomito e sentimenti depressivi, che possono sfociare in un vero e proprio disturbo depressivo, associato a stati d'ansia e disturbi delle funzioni sessuali. Il consumo combinato con MDMA ha potenziali effetti convulsivi perciò va evitato.

MDA (3,4-metilendioossianfetamina o 1-[1-3-benzodiossolo -5-yl]- 2-propanammina) [83]: è un derivato sintetico dell'anfetamina, appartenente alla famiglia delle nuove sostanze psicoattive e spesso spacciato per ecstasy in forma di pillole o cristalli ingeribili. Ha effetti simili all'MDMA, da cui si differenzia principalmente per i ridotti effetti empatogeni/entactogeni e l'intensità delle allucinazioni. I principali rischi derivanti dal consumo sono nausea, vomito, xerostomia, sudorazione, disturbi del coordinamento

motorio, disturbi del ritmo sonno-veglia e tremori. L'MDA è presumibilmente epatotossico e neurotossico con manifestazione di sintomi depressivi, psicotici e attacchi di panico associati a craving. Non va associato al consumo di inibitori delle proteasi, cocaina e metanfetamina.

MDAI (5,6-metilendiossimetamfetamina-2-aminoindane) [84]: è una molecola sintetica strutturalmente simile all'anfetamina e appartenente alle nuove sostanze psicoattive. In genere viene ingerita sotto forma di polvere cristallina, inducendo degli effetti empatogeni ed entactogeni, correlati all'interazione della sostanza con il sistema serotoninergico. Può provocare lievi cambiamenti della percezione dell'ambiente circostante ed una leggera sedazione. I principali effetti collaterali comprendono: aumento della frequenza cardiaca ed alterazioni della temperatura corporea. L'MDAI ha, presumibilmente, un minore effetto neurotossico rispetto all'MDMA ma i rischi associati ad un consumo a lungo termine non sono ancora noti, perciò è sconsigliato il consumo combinato con altre sostanze che possano contribuire ad aumentare l'impatto sul sistema cardiovascolare, quali ecstasy, cocaina e NBOMe.

MDEA (3,4-metilendiossi-N-etilfetamina) [85]: è una sostanza che viene metabolizzata trasformandosi in MDA, presentando gli stessi effetti ma con minore intensità.

MDPV (metilenediossirovalerone) [86], [87]: è una sostanza nota anche con il nome di "super coke", dato che condivide con la cocaina l'aspetto e la modalità di assunzione. L'MDPV induce l'inibizione della ricaptazione di neurotrasmettitori, come la noradrenalina e la dopamina, con conseguenti effetti stimolanti (sensazione di lucidità, soppressione del sonno e della sensazione di fame), alterazione delle percezioni sensoriali ed un lieve effetto empatogeno, che si manifesta con euforia e loquacità. A livello somatico i principali effetti collaterali si manifestano a livello del sistema cardiovascolare con tachicardia e ipertensione. Il consumo regolare di dosaggi elevati predispone il paziente a manifestazioni di natura psicotica, attacchi di panico, paranoia, intenso craving e dipendenza di natura psichica. Non sono ancora noti i rischi correlati ad un consumo a lungo termine e all'associazione con altre sostanze.

Metilone [88], [89]: è un catinone sintetico paragonabile all'ecstasy, con effetti empatogeni ed entactogeni meno intensi ma costanti nel tempo, senza il tipico "flash" indotto dall'MDMA. I principali effetti collaterali sono tachicardia, ipertermia, crampi mascellari e midriasi. Dato che si tratta di una nuova sostanza psicoattiva, non sono ancora pienamente

noti i rischi correlati al consumo e all'associazione con altre sostanze, anche se attualmente si ritiene che il metilone abbia una tossicità superiore all'MDMA.

PMA (parametossi-anfetamina) e PMMA (parametossi-metanfetamina) [90], [91]: si tratta di sostanze con un effetto empatogeno ed entactogeno, combinati ad un'attività stimolante ed allucinogena. Inizialmente si manifesta una lieve disinibizione, seguita da una sensazione di euforia ed allucinazioni. Gli effetti si manifestano a dosaggi più bassi ed in tempi più lunghi rispetto all'ecstasy, determinando un maggiore rischio di sovradosaggio che esita in tachicardia, dispnea, incoordinazione dei movimenti oculari, crampi, nausea e vomito, emorragie cerebrali, ipertermia superiore ai 40°C, ipertensione, cefalea, possibile perdita di coscienza e collasso, sentimenti depressivi e coma. Non sono noti gli effetti dati da un consumo a lungo termine.

TFMPP (1-3-trifluorometilfenil-piperazina) [92]: è una nuova sostanza psicoattiva, spesso venduta come alternativa legale all'ecstasy, in forma di polvere ingeribile, con gli effetti combinati di MDMA, mescalina e psilocibina. A basso dosaggio ha un'attività entactogena ed empatogena con aumentata predisposizione ai contatti sociali. Ad alto dosaggio ha un'attività allucinogena paragonabile all'LSD. Il TFMPP ha un metabolismo lento che favorisce il sovradosaggio con comparsa di ipertensione, ipertermia, tachicardia, forti allucinazioni ed arresto respiratorio. Questa sostanza inibisce l'assorbimento dell'alcol, determinando un'apparente sensazione di sobrietà anche dopo dosi elevate; perciò è indispensabile evitarne il consumo in associazione.

Stimolanti:

Cocaina [93], [94]: è una sostanza estratta dalle foglie della pianta di coca (*Erythroxylum coca*); generalmente viene sniffata ma può anche essere fumata (sotto forma di "crack/free base") o iniettata, mentre le foglie di coca vengono masticate ma agiscono solo in combinazione con una sostanza basica, come la calce, o se preparate in un infuso. La cocaina ha un effetto fortemente stimolante che determina soppressione di fatica, fame e sete, aumento dell'efficienza e della fiducia in se stessi, agitazione psicomotoria, loquacità, perdita delle inibizioni con una maggiore propensione al rischio, diminuzione della capacità di pensiero e di giudizio. Durante la fase di discesa si possono manifestare stanchezza, sentimenti depressivi, irritabilità, ansia e craving. Oltre a quelli precedentemente elencati, esistono numerosi effetti collaterali di natura somatica e psichica, tra cui: disturbi del sonno, aggressività, stati deliranti di natura paranoide, disturbi della memoria a breve termine,

spasmi muscolari, tremori, movimenti stereotipati, ipertensione con possibili crisi ipertensive, tachicardia, possibile infarto miocardico o stroke, danni epatici e renali, danni alla mucosa orale e alle vie respiratorie, dipendenza con sintomi psichici, alterazione della personalità e depressione con elevato rischio di suicidio. Dati gli importanti effetti collaterali, è necessario evitare la combinazione con alcol, anfetamine, metanfetamina ed MDMA. La cocaina può essere associata a diverse sostanze di taglio [95] che hanno lo scopo di amplificarne gli effetti: il levamisolo, originariamente impiegato come antielmintico contro la filaria, ha come effetti collaterali più frequenti vomito, diarrea, reazioni allergiche, disturbi del sistema nervoso (sincopi e perdita di coscienza), inibizione dell'attività emopoietica, affaticamento, black out, difficoltà di espressione verbale ed indebolimento del sistema immunitario con maggiore propensione alle infezioni; la fenacetina è un derivato dell'amminofenolo (antidolorifico ed antipiretico ritirato dal commercio per la sua attività cancerogena) e viene impiegata per i suoi effetti euforizzanti; gli anestetici locali inducono effetti inebrianti ed anestetizzanti ma possono provocare irrequietezza, convulsioni fino al coma, reazioni allergiche, aritmie, ipertensione, alterazioni circolatorie, bradicardia e bradiaritmia, possibile infarto del miocardio e paralisi del sistema nervoso centrale, se la sostanza viene iniettata per via endovenosa.

Anfetamina [96], [97]: è un derivato sintetico della feniletilamina spacciato sotto forma di polvere sniffabile e pasta o pillole ingeribili. Stimola il rilascio di noradrenalina e dopamina, aumentando le prestazioni e la fiducia in se stessi con soppressione di fame, sonno e dolore, maggiore propensione al rischio, euforia e loquacità. Gli effetti collaterali sono numerosi e gravi: ipertermia che può superare i 41°, tremori, agitazione, nausea, tachicardia, disturbi del ritmo sonno-veglia, cefalea, irritabilità, effetto anoressizzante, aggressività, allucinazioni, arresto cardiocircolatorio, insufficienza epatica e renale, perdita di coscienza fino al coma. Il consumo a lungo termine favorisce l'insorgenza di dipendenza con sintomi psichici, carenze di calcio con problematiche ossee, dentali e depressive, stati di agitazione permanente con ansia e paranoia, psicosi, insonnia, ipertensione, infiammazioni cutanee, disturbi gastrointestinali, danni alle mucose, emorragie e malattie cerebrovascolari. Esistono numerose sostanze di taglio in associazione all'anfetamina [98]: la caffeina (questa combinazione prende il nome di "speed") determina effetto stimolante ed anoressizzante, euforia, palpitazioni, urgenza urinaria, disturbi del ritmo cardiaco e tremori, inoltre, un consumo regolare aumenta il rischio di dipendenza con sintomi fisici e amplifica gli effetti di entrambe le sostanze; il fenilacetone altera la consistenza della pasta di anfetamina,

provocando più facilmente dei danni alla mucosa nasale; la 4-metilamfetamina agisce sul rilascio di dopamina con effetti euforizzanti paragonabili all'MDMA mentre a dosi elevate amplifica la sensazione di agitazione e favorisce l'insorgenza di una sindrome serotoninergica, con esiti anche letali per il consumatore.

Metanfetamina [99]: è un derivato sintetico dell'anfetamina, che può essere sniffata o ingerita sotto forma di pillole o polvere cristallina. Ha un effetto stimolante più intenso con un forte senso di ebbrezza, aumento delle prestazioni e della fiducia in se stessi, euforia e disinibizione. Presenta gli stessi rischi correlati al consumo di anfetamina con una fase di down più pronunciata ed una dipendenza correlata a sintomi sia fisici sia psichici. E' necessario evitare il consumo in associazione con alcol, anfetamina, cocaina ed MDMA.

Efedrina [100]: nota anche con il nome di "Mormon tea" o "Ma-Huang", è il principio attivo delle piante del genere Ephedra. Viene spacciata sotto forma di pastiglie, polvere o infuso, che una volta ingeriti stimolano il sistema nervoso e cardiocircolatorio, aumentando le prestazioni, stimolando il movimento fisico e inibendo l'appetito. I principali effetti collaterali sono tachicardia, agitazione, disidratazione già a bassi dosaggi, senso di oppressione e di soffocamento, ipertensione, vertigini, disturbi del ritmo cardiaco con possibile infarto del miocardio in caso di sovradosaggio, disturbi gastrointestinali. Un consumo regolare e a lungo termine induce assuefazione e dipendenza con sintomi prevalentemente psichici, associati a disturbi del ritmo sonno-veglia, irritabilità, aggressività, ipertensione cronica, danni dentali, epatici e renali. E' controindicato il consumo in associazione con alcol, anfetamina, metanfetamina ed ecstasy.

Ritalin e Concerta (metilfenidato) [101]: sono farmaci impiegati nel trattamento del Disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD). Dato il loro scopo terapeutico, stimolano lo stato di veglia, l'attenzione e la concentrazione. Tuttavia esistono degli effetti collaterali che si manifestano in caso di sovradosaggio e/o abuso, come crampi muscolari, tachicardia, allucinazioni, ansia, stati psicotici e dipendenza con sintomi psichici. Non bisogna assumere questi farmaci contemporaneamente ad altri stimolanti quali anfetamina, cocaina e metanfetamina.

2-FA, 3-FA, 4-FA (2-, 3- e 4-fluoranfetamina) [102]: sono stimolanti appartenenti alla famiglia delle fenetilamine. Esistono in forma di pillole, polveri, capsule o cristalli, che possono essere sniffati o, più raramente, fumati, ingeriti o iniettati. Inducono effetti paragonabili all'anfetamina e alla metanfetamina, con uno stato di euforia associato a

loquacità, aumento dell'attenzione, riduzione del bisogno di dormire e dell'appetito; il 4-FA agisce anche sul sistema serotonergico con un'azione empatogena ed entactogena simile all'ecstasy ma con minore intensità. I rischi correlati al consumo sono ancora in gran parte sconosciuti ma sono state descritte allucinazioni visive e uditive, aggressività ed insonnia. Sul lungo termine possono svilupparsi psicosi, spesso provocate dalla mancanza di sonno, e dipendenza con sintomi psichici. Non sono ancora noti gli effetti determinati dall'assunzione combinata con altre sostanze.

2C-B (4-bromo-2,5-dimetossifenilamfetamina) [103]: anche noto come "Nexus", appartiene alla famiglia delle fenetilamine 2C-X. Questa sostanza, dopo essere stata ingerita o sniffata, induce un aumento dell'intensità delle percezioni con un lieve senso di euforia. A dosaggi più elevati sono di comune riscontro effetti allucinogeni e dissoluzione dei confini tra il mondo interiore ed esteriore. Gli effetti collaterali più comuni sono midriasi, ipertensione, vertigini, nausea, convulsioni, alterazioni repentine della temperatura corporea, disturbi gastrointestinali e lievi reazioni allergiche. Il sovraddosaggio favorisce l'insorgenza di stati confusionali con perdita dell'orientamento, ansia e senso di morte apparente, mentre un consumo regolare può provocare depressione, stati d'ansia e paura cronici e disturbi delle funzioni sessuali. E' controindicato il consumo in associazione con alcol, LSD, psilocibina, MAO inibitori ed MDMA.

Khat [104], [105]: noto anche come Tè dell'Abissinia, origina dalle parti fresche dell'arbusto *Catha edulis*. Ha una maggiore efficacia se consumato fresco, in forma di steli, foglie o boccioli, estraendone il succo attraverso il processo della masticazione. Favorisce il rilascio di dopamina e noradrenalina con un effetto stimolante paragonabile all'anfetamina, ma di intensità molto ridotta. Gli effetti collaterali sono midriasi, tachicardia, eritema al volto, ipertermia, diaforesi con disidratazione, irrequietezza, costipazione, ritenzione urinaria e danni alla mucosa orale con aumentato rischio di cancro. Nella fase di down si manifestano sintomi depressivi, irritabilità, perdita dell'appetito ed insonnia. Un consumo regolare determina carenze alimentari, insonnia cronica e dipendenza con sintomi psichici.

Mefedrone [106], [107]: è una nuova sostanza psicoattiva derivante dal principio attivo del khat, nota anche con i nomi di "meow meow", "m-cat", "bubbles", "miaow" e "meph". Si presenta come una polvere bianca cristallina che può essere sniffata o, più raramente, fumata, ingerita o iniettata. Gli effetti sono paragonabili a quelli del khat ma accompagnati ad un'attività stimolante, simile allo speed, con soppressione del senso di stanchezza e

dell'appetito, iperattività, agitazione psicomotoria, stati di euforia e grande loquacità. La lenta salita degli effetti favorisce le assunzioni ripetute con un rischio aumentato di sovraddosaggio e comparsa di xerostomia, midriasi, patologie cardiovascolari, difficoltà alla minzione e stati depressivi in fase di down. Sul lungo termine possono manifestarsi dipendenza con sintomi fisici e psichici, craving, deficit di concentrazione, memoria a breve termine e linguaggio. E' controindicato il consumo contemporaneo di speed, ecstasy e cocaina.

Dissociativi:

PCP (fenciclidina) [108]: anche noto come "Angel dust", è il capostipite dei dissociativi e si presenta sotto forma di pastiglie, capsule o polvere bianca cristallina con differenti modalità di consumo (fumato, sniffato, ingerito o iniettato). È una sostanza allucinogena a base di piperidina, inizialmente impiegata come anestetico, ma poi ritirata dal commercio per la frequente insorgenza di psicosi. Ha effetti paragonabili alla ketamina o ad altri anestetici dissociativi con sensazioni di distacco dalla realtà, distorsione di spazio, tempo e immagine corporea, senso di invulnerabilità ed onnipotenza, disorientamento ed aggressività verso gli altri e se stessi. Il consumo di dosi elevate si associa frequentemente ad ipertensione, tachicardia, ipertermia, vertigini, nausea, convulsioni ed alterazioni della frequenza respiratoria fino alla possibile morte. Sul lungo termine si possono manifestare neurotossicità e dipendenza con sintomi psichici e fisici. È controindicato il consumo contemporaneo di alcol, oppiacei, GHB/GBL, eroina e benzodiazepine.

Gas esilarante (protossido di azoto) [109]: è un narcotico sintetico inalato sotto forma di gas incolore. Ha effetti rilassanti ed euforizzanti associati ad alterazione delle percezioni visive ed uditive con perdita della nozione del tempo. Un consumo eccessivo favorisce nausea, cefalea, perdita di coscienza, ipotensione, aritmia e rischio di soffocamento, in assenza di ossigenazione, con possibile morte per arresto respiratorio. L'uso regolare determina ipovitaminosi B12, con problematiche a livello del sistema nervoso, e dipendenza con sintomi psichici. I rischi aumentano se si assumono contemporaneamente ketamina, alcol e il sildenafil.

Metoxetamina [110], [111]: è una nuova sostanza psicoattiva, derivante dalla ketamina, su cui abbiamo ancora poche informazioni. Si presenta in forma di polvere bianca cristallina che può essere sniffata, ingerita o iniettata per via intramuscolo. Induce una distorsione della realtà circostante con allucinazioni visive, sensazione di leggerezza, euforia, marcata

agitazione psicomotoria, ansia, confusione mentale, stupore e sensazione di dilatazione del tempo. Rispetto alla ketamina gli effetti sono meno intensi ma sono comunque note esperienze di metoxetamina-hole (MXE-hole), caratterizzato da esperienze extracorporee e pre-morte, depersonalizzazione, disorientamento e vuoti di memoria. Il fatto che venga assunta come ketamina ma con una percezione di sensazioni meno intense rispetto a questa, favorisce il sovraddosaggio con insorgenza di vomito, diarrea, nistagmo, vertigini, atassia, tachicardia o bradicardia, ipertensione, compromissione di movimento e linguaggio, deficit di concentrazione, craving e crollo della frequenza respiratoria. Non bisogna associare la metoxetamina al consumo di alcol, benzodiazepine ed oppiacei.

Salvia divinorum[112], [113]: è una pianta perenne appartenente alla stessa famiglia di salvia e menta, il cui principio attivo è la salvinorina, il più potente allucinogeno naturale. Può essere bevuta in infusi, fumata o masticata sotto forma di foglie fresche o secche. Inizialmente veniva impiegata per i rituali di divinazione grazie ai suoi effetti dissociativi caratterizzati da una modifica delle percezioni sensoriali, intensi cambiamenti d'umore, separazione tra corpo e mente, profonda introspezione e richiamo di ricordi dal passato. Sono presenti numerosi effetti collaterali come diaforesi, cefalea, deficit di coordinamento motorio ed equilibrio, stati confusionali, paura e panico. Sul lungo termine i rischi sono simili alle altre sostanze psichedeliche con perdita di contatto con la realtà e possibile psicosi. La salvia divinorum non presenta né dipendenza fisica né fenomeno della tolleranza; tuttavia è fondamentale evitare un consumo regolare ed in associazione con altre sostanze, come canapa, psilocibina, LSD, DMT, 2C-B, per evitare l'insorgenza di problematiche di natura psichica come depressione, insonnia e disturbi paranoici.

c. Altre sostanze psicoattive e dipendenze comportamentali

Caffeina [114], [115]: è un alcaloide stimolante presente in chicchi di caffè, foglie di tè e mate, noci di cola e semi di guaranà. Può essere bevuta, ingerita o sniffata, soprattutto in combinazione con altre sostanze, come anfetamina, metanfetamina ed ecstasy, allo scopo di amplificarne l'effetto. La caffeina aumenta lo stato di vigilanza e le prestazioni, con sensazioni di euforia a dosaggi elevati. I principali effetti collaterali sono palpitazioni, irrequietezza, disidratazione, urgenza minzionale, aritmie, disturbi cognitivi, tremori e nervosismo. Un consumo regolare influisce negativamente sulla qualità del sonno, riducendone la durata, e favorisce l'insorgenza di sintomi correlati all'astinenza, quali cefalea, stanchezza, vomito, deficit di concentrazione e motori.

Nicotina [116], [117]: è un agente stimolante esistente in forma sintetica (come nel liquido per la sigaretta elettronica) o presente in diverse concentrazioni nelle foglie di tabacco e in tutte le sue formulazioni (sigarette, sigari, tabacco da pipa, da sniffare o da masticare). Presenta delle proprietà stimolanti con effetto anoressizzante, riduzione dell'ansia e dell'aggressività, soprattutto a dosaggi più elevati. Gli effetti collaterali sono numerosi e variano in base alla modalità di assunzione: infatti la sigaretta elettronica consente di vaporizzare la nicotina con una minore probabilità di sviluppare neoplasie respiratorie e polmonari; tuttavia non elimina completamente i rischi correlati al consumo di nicotina come tachicardia, vasocostrizione periferica con conseguente ipossia, cefalea, ageusia ed anosmia, ipotensione, vertigini e nausea. Oltre alle neoplasie, esiste un numeroso corredo di altre patologie organiche correlabili al fumo cronico come asma, bronchite, infarto miocardico, trombosi, ictus ed ulcere gastriche. La nicotina è una delle sostanze con il più elevato potenziale di dipendenza con sintomi fisici e psichici, tra cui depressione, ansia, irrequietezza ed insonnia.

Le dipendenze comportamentali: analogamente al consumo di alcol e droghe, anche un comportamento può trasformarsi in una forma di dipendenza, nel momento in cui il fruitore ne perde il controllo, con importanti conseguenze su un piano fisico, psichico e finanziario [118]. Anche in questo contesto, c'è un coinvolgimento del circuito dopaminergico della ricompensa (area tegmentale ventrale, nucleo accumbens e corteccia prefrontale), perciò le dipendenze comportamentali hanno un andamento simile a quello delle sostanze d'abuso [119]. I quadri patologici più comuni e caratteristici hanno come oggetto [120]:

- **Gioco d'azzardo:** c'è una forte spinta al gioco che gradualmente diventa la principale occupazione quotidiana; inoltre, per raggiungere un grado sempre maggiore di piacere, il soggetto è portato a scommettere cifre di valore crescente e con una maggiore frequenza. Con il tempo si manifestano problemi economici, lavorativi, familiari e legali che portano il paziente a delle fasi depressive con rifugio nell'alcol ed eventuali tentativi di suicidio. Nel caso in cui ci sia un impedimento al gioco, sono di comune riscontro agitazione ed irritabilità.
- **Internet, PC, smartphone e social network:** assume i caratteri di un comportamento ossessivo con la tendenza a trascorrere numerose ore soprattutto sui social o nelle chat; in casi estremi porta ad isolamento con deficit dell'attenzione, derivante dall'eccessiva stimolazione sensoriale, e problematiche nella sfera sociale, familiare e lavorativa

- Videogiochi e gaming online
- Shopping compulsivo: si avverte la necessità di acquistare oggetti spesso inutili o di cui si è già in possesso e non sempre di proprio gusto; le somme spese superano le disponibilità economiche con una conseguente tendenza a contrarre debiti. Lo stato emotivo varia a seconda delle fasi, con un preciso andamento: iniziale eccitazione, seguita da una sensazione di perdita di controllo sul proprio comportamento ed, infine, avvilitamento con idee di colpa.
- Sesso e pornografia: la sessualità viene vissuta in maniera ossessiva, al punto da diventare un'esigenza primaria per cui il paziente è disposto a sacrificare salute, famiglia, amici e lavoro. Le numerose pratiche a cui questi pazienti possono fare ricorso sono: masturbazione, rapporti frequenti con persone anonime o prostitute, esibizionismo, voyeurismo, sadomasochismo, acquisto di materiale pornografico e uso di servizi erotici telefonici o online. Tutto ciò espone frequentemente a complicanze come malattie (ad esempio infezioni sessualmente trasmissibili), disturbi sessuali (anorgasmia, eiaculazione precoce o ritardata), problemi legali (reati a sfondo sessuale), familiari (deterioramento dei rapporti con il coniuge o i figli) e sociali (compromissione lavorativa ed economica).
- Esercizio fisico: colpisce soprattutto chi soffre di bigoressia ovvero una forma di dispercezione corporea che porta il paziente a percepirsi come gracile e con una massa muscolare poco sviluppata, motivo per cui è spinto a sottoporsi ad esercizi fisici prolungati con diete iperproteiche ed abuso di anabolizzanti
- Lavoro

4. Trattamento dell'agitazione psicomotoria

a. Iter diagnostico

Nel caso in cui un paziente manifesti uno stato di agitazione psicomotoria, è fondamentale sottoporlo ad un iter diagnostico puntuale per individuarne la causa ed indirizzarlo verso il trattamento corretto. La valutazione deve includere:

1. Anamnesi [121]

- Anamnesi patologica prossima: valutare se il paziente è vigile ed orientato nello spazio e nel tempo; indagare la causa di ingresso in DEA, la presenza di sintomatologia dolorosa e l'eventuale ingestione di sostanze in acuto, con particolare attenzione alla via di somministrazione e ad eventuali sintomi di astinenza

- Anamnesi patologica remota: indagare la storia clinica del paziente, se ci sono stati precedenti ricoveri per patologie organiche o psichiatriche, se c'è un consumo cronico di sostanze documentato, se sono presenti condizioni croniche di immunocompromissione, diabete, cancro o malattia neurologica, che possano spiegare la sintomatologia attuale
 - Anamnesi fisiologica: valutare la presenza di allergie e le abitudini di vita del paziente, soprattutto in merito all'alimentazione, potus e fumo
 - Anamnesi familiare e sociale: indagare la storia sociale del paziente (dove vive e con chi, lavoro, livello di studio) e la familiarità per patologie organiche e/o psichiatriche
 - Anamnesi farmacologica: chiedere al paziente quali farmaci assume attualmente o in cronico
2. Esame obiettivo [12]:
- Valutare l'aspetto e lo stato generale del paziente
 - Misurare i parametri vitali come temperatura, pressione arteriosa, frequenza cardiaca e respiratoria
 - Obiettività cardiologica (rilevazione dei polsi, auscultazione dei toni cardiaci per valutarne l'intensità e la ritmicità, ricerca di eventuali toni aggiunti, soffi o sfregamenti)
 - Obiettività polmonare (ricerca di segni di dispnea e ipossiemia come agitazione, tachipnea, cianosi ed uso dei muscoli accessori, indagine dei segni di malattia polmonare cronica come ippocratismo digitale o deformità della parete toracica, valutazione della distensione delle vene giugulari, auscultazione del murmure vescicolare per valutarne la presenza e l'intensità in tutti i campi e per il riscontro di eventuali rumori aggiunti come sfregamenti, gemiti, crepitii o ronchi)
 - Obiettività neurologica: ricerca di segni di lato o di irritazione meningeae, valutazione dell'equilibrio, della coordinazione motoria e della sensibilità, eventuale somministrazione di test come il Mini Mental State Examination per indagare l'orientamento nel tempo e nello spazio, la memoria, il linguaggio, l'attenzione e la prassia costruttiva
 - Ricercare possibili segni di trauma o infezione
3. Esami laboratoristici (ematochimici ed urinari) [13]:
- Emocromo completo

- Livello glicemico e pannello metabolico (calcio, sodio, potassio, anidride carbonica, cloruro, albumina, proteine totali, ALP, ALT, AST, γ -GT, bilirubina, BUN e creatinina)
 - Dosaggio degli ormoni tiroidei
 - Screening tossicologico: alcolemia e concentrazione di sostanze d'abuso nelle urine
 - Test di gravidanza: dosaggio del β -HCG nelle donne in età fertile
 - Dosaggio dei livelli di litio, valproato e carbamazepina se il paziente li assume
 - Possibile dosaggio della creatininchinasi per identificare la rhabdmiolisi in paziente con forte agitazione psicomotoria
4. Esami strumentali ed imaging [121]:
- Elettrocardiogramma
 - Eco-FAST [122]: se sono presenti segni di trauma, per individuare eventuale emopericardio, emoperitoneo (tasca di Morison, recesso spleno-renale, cavo del Douglas) e/o emotorace
 - Radiografia del torace: se c'è sospetto clinico di polmonite (può essere causa di alterazioni comportamentali nel paziente anziano)
 - TC encefalo nel sospetto di trauma cranico

b. Consulenza psichiatrica

La consulenza psichiatrica può essere richiesta da qualsiasi servizio ospedaliero ad un medico del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), al fine di [123]:

- Effettuare un inquadramento diagnostico in un paziente con agitazione psicomotoria e/o sospetto di patologia psichiatrica
- Introdurre, modificare o interrompere una terapia farmacologica per il trattamento della sintomatologia osservata
- Valutare la necessità o meno di ricovero del paziente presso l'SPDC

L'obiettivo dello psichiatra, soprattutto in un contesto di urgenza, non è ottenere una diagnosi definitiva ma identificare una serie di diagnosi differenziali possibili ed i problemi concernenti la sicurezza del paziente e degli altri [10].

Attraverso il colloquio è possibile indagare la sintomatologia del paziente in acuto e proporre delle ipotesi diagnostiche, valutando [124]:

- Stato mentale: vigilanza, lucidità, attenzione, orientamento nel tempo, nello spazio e rispetto alla propria persona, accessibilità e disponibilità al colloquio interpersonale

- Comportamento ed attività psicomotoria:
 - I. Eccessivi: iperattività, agitazione psicomotoria, accelerazione, compulsione e impulsione
 - II. Insufficienti: rallentamento, bradicinesia, stupore, sindrome catatonica con catalessia, negativismo, ecoprassia o ecocinesia
 - III. Alterazioni qualitative: tic, paracinesia, stereotipie (come manierismi) e bizzarrie della condotta
- Mimica e comunicazione non verbale: amimia, ipomimia, ipermimia, dismimia, paramimia, ecomimia, sorriso immotivato, melancolia, gesti, atteggiamenti, posizione corporea, pause, silenzi e fenomeni paralinguali come riso, sbadigli, pianto e cambiamento del tono della voce
- Stato affettivo:
 - I. Umore: eutimia, umore depresso, umore disforico, atimormia, ipertimia, euforia, labilità affettiva, irritabilità, collera
 - II. Emozioni: anedonia, emozioni smorzate, iperedonia, iperreattività emozionale, persintonia, discordanza ideo-affettiva, ansia
- Istinti vitali:
 - I. Alimentazione: anoressia o iperfagia, dimagrimento o aumento di peso
 - II. Sonno: insonnia o ipersonnia
 - III. Sessualità: ipo o ipersessualità, libido ridotta o esacerbata
- Caratteristiche del discorso
 - I. Ritmo aumentato: logorrea, volubilità, palilalia, ecolalia, impulsione verbale
 - II. Ritmo diminuito: mutismo, povertà di discorso, alogia, discorso non spontaneo, risposte laconiche, latenza di risposta
 - III. Alterazioni fonetiche, lessico-semantiche e sintattiche
 - IV. Afasia
- Pensiero formale
 - I. Tachipsichismo: fuga di idee, perdita delle associazioni o associazioni per assonanza
 - II. Bradipsichismo: monoideismo, anideismo
 - III. Incoerenza e diffluenza: pensiero tangenziale, prolissità con circonlocuzioni, pensiero digressivo, vago, allusivo e senza direzione
- Memoria: amnesia retrograda o anterograda, paramnesia e falsi riconoscimenti
- Coscienza di malattia

- Capacità di giudizio ed introspezione
- Funzioni esecutive
- Attendibilità delle informazioni: ove possibile bisogna interrogare i familiari, il curante e lo staff
- Presenza di sintomi psicotici e contenuto del pensiero
 - I. Allucinazioni intrapsichiche: perdita, diffusione, furto o eco di pensiero, commenti al pensiero o azioni, pensieri o atti imposti
 - II. Allucinazioni sensoriali (semplici o complesse): uditive, visive, acustico-verbali, olfattive, gustative, tattili e cenestesiche
 - III. Idee deliranti, di cui bisogna descrivere i meccanismi, i temi, la struttura, la reazione affettiva, l'adesione, la critica e la cronicità
 - IV. Preoccupazioni e ansie
 - V. Ossessioni e compulsioni
 - VI. Idee fobiche
 - VII. Idee associate all'umore
- Ideazione suicidaria e critica del gesto autolesivo, in caso di tentato suicidio

In caso di positività del paziente alle sostanze, è fondamentale effettuare il colloquio al termine degli effetti, dal momento che possono mascherare o imitare la sintomatologia delle principali patologie psichiatriche:

- Depressione: intossicazione da sedativi, astinenza da stimolanti e alcol
- Mania: intossicazione da stimolanti, astinenza da sedativi e alcol
- Schizofrenia: allucinogeni e dissociativi
- Ansia e agitazione: intossicazione da stimolanti, canapa ed astinenza da sedativi

c. Terapia farmacologica

Al termine della fase diagnostica è necessario somministrare una terapia farmacologica al paziente, che viene distinta in:

- Terapia di supporto per stabilizzare il paziente: idratazione, antidolorifici, supporto respiratorio e farmaci salvavita
- Terapia per l'agitazione psicomotoria [125]:
 - I. Agitazione associata a delirium senza sospetto di astinenza da alcol o benzodiazepine: antipsicotici tipici o atipici per via orale (os) o intramuscolare (IM)

- II. Agitazione associata a delirium con sospetto di astinenza da alcol o benzodiazepine: Lorazepam/Diazepam per os o Lorazepam IM o EV (via endovenosa)
- III. Agitazione per intossicazione da stimolanti: Lorazepam/Diazepam per os o Lorazepam IM o EV
- IV. Agitazione per astinenza da downer: antipsicotici tipici per os o IM
- V. Agitazione associata a psicosi in paziente con storia di patologia psichiatrica: antipsicotici tipici o atipici per os o IM
- VI. Agitazione indifferenziata o quadro complesso in assenza di sintomi psicotici evidenti: Lorazepam/Diazepam per os o Lorazepam IM o EV
- VII. Agitazione indifferenziata o quadro complesso in presenza di sintomi psicotici evidenti: antipsicotici tipici o atipici per os o IM
- Terapia per contrastare gli effetti da intossicazione, consumo cronico o overdose da sostanze [13]:
 - I. Consumo cronico di alcol: tiamina ed acido folico per contrastare l'avitaminosi e gli effetti neuropatici
 - II. Overdose da eroina o oppiacei: naloxone (è un farmaco che antagonizza il legame con i recettori μ per gli oppioidi ma è caratterizzato da un metabolismo rapido, perciò, al termine degli effetti il paziente rischia di incorrere nuovamente in depressione respiratoria e stato comatoso)
 - III. Intossicazione da benzodiazepine: flumazenil (antidoto che ne antagonizza gli effetti occupando il sito di legame sul recettore GABA-A)

5. Organizzazione dei servizi psichiatrici

a. Servizi psichiatrici in Italia

Con il D.P.R. 7 aprile 1994 “Tutela della salute mentale 1994-1996”, è stato definito il modello dell’assetto organizzativo dipartimentale dei servizi psichiatrici in tutto il territorio italiano [126].

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) rappresenta l’insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all’assistenza e alla tutela della salute mentale nell’ambito del territorio definito dall’Azienda sanitaria locale (ASL). Ciascun DSM è dotato dei seguenti servizi [127], [128]:

1. Servizi per l’assistenza diurna: i Centri di Salute Mentale (CSM)

2. Servizi semiresidenziali: i Centri Diurni (CD)
3. Servizi residenziali: Strutture Residenziali (SR) distinte in residenze terapeutico-riabilitative e socioriabilitative
4. Servizi ospedalieri: i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e i Day Hospital (DH)

L'offerta assistenziale è infine completata dalle Cliniche universitarie e dalle case di cura private.

Centro di Salute Mentale (CSM): è attivo, per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, almeno 12 ore al giorno, per 6 giorni alla settimana. È il centro di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico ed ha il compito di coordinare, nell'ambito territoriale, tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano patologie psichiatriche. Al CSM fa capo un'équipe multiprofessionale costituita almeno da uno psichiatra, uno psicologo, un assistente sociale e un infermiere professionale. Il CSM assicura i seguenti interventi:

- trattamenti psichiatrici e psicoterapie, interventi sociali, inserimenti dei pazienti in Centri diurni, Day hospital, strutture residenziali, ricoveri
- attività diagnostiche con visite psichiatriche, colloqui psicologici per la definizione di appropriati programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi nell'ottica dell'approccio integrato, con interventi ambulatoriali, domiciliari, di rete e residenziali nella strategia della continuità terapeutica
- attività di raccordo con i medici di medicina generale, per fornire consulenza psichiatrica e per condurre, in collaborazione, progetti terapeutici e attività formative. In alcuni CSM è attiva anche una linea telefonica dedicata ai medici di famiglia per counselling, durante l'orario di apertura
- consulenza specialistica per i servizi "di confine" (alcolismo, tossicodipendenze ecc.), nonché per le strutture residenziali per anziani e per disabili
- attività di filtro ai ricoveri e di controllo della degenza nelle case di cura neuropsichiatriche private accreditate, al fine di assicurare la continuità terapeutica
- valutazione ai fini del miglioramento continuo della qualità delle pratiche e delle procedure adottate
- intese e accordi di programma con i Comuni per inserimenti lavorativi degli utenti psichiatrici, affidamento etero-familiare ed assistenza domiciliare

- collaborazione con Associazioni di volontariato, scuole, cooperative sociali e tutte le agenzie della rete territoriale.

Centro Diurno (CD): è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative, collocata nel territorio, aperto almeno 8 ore al giorno per 6 giorni a settimana e dotato di una propria équipe, eventualmente integrata da operatori di cooperative sociali e organizzazioni di volontariato. Nell'ambito di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, consente di attuare percorsi terapeutici e di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, anche ai fini dell'inserimento lavorativo. Il CD può essere gestito dal DSM o dal privato sociale e imprenditoriale. Nel rispetto degli standard nazionali per l'accreditamento, i rapporti con il DSM sono regolati da apposite convenzioni, che garantiscano la continuità della presa in carico.

Strutture Residenziali (SR): sono strutture extra-ospedaliere in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per i cittadini con disagio psichiatrico inviati dal CSM con programma personalizzato e periodicamente verificato. Queste strutture hanno lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità di emancipazione individuale, all'interno di specifiche attività riabilitative (le SR, pertanto, non vanno intese come soluzione abitativa). Le strutture residenziali sono differenziate in base all'intensità di assistenza sanitaria (24 ore, 12 ore o per fasce orarie) e non hanno più di 20 posti. Sono collocate in località urbanizzate e facilmente accessibili per prevenire ogni forma di isolamento delle persone che vi sono ospitate e per favorire lo scambio sociale. Le SR possono essere realizzate e gestite dal DSM o dal privato sociale e imprenditoriale e, in tal caso, i rapporti con il DSM sono regolati da appositi accordi ove siano definiti i tetti di attività e le modalità di controllo degli ingressi e delle dimissioni.

Day Hospital psichiatrico (DH): è aperto almeno 8 ore al giorno per 6 giorni alla settimana e costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative a breve e medio termine. Può essere collocato all'interno dell'ospedale, con un collegamento funzionale e gestionale con il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), oppure presso strutture esterne all'ospedale, collegate con il CSM, dotate di adeguati spazi, delle attrezzature e del personale necessario. L'utente vi accede in base a programmi concordati tra gli operatori del DSM con lo scopo di:

- permettere accertamenti diagnostici vari e complessi
- effettuare trattamenti farmacologici
- ridurre il ricorso al ricovero vero e proprio o limitarne la durata.

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC): è un servizio ospedaliero dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizioni di ricovero. A tale struttura è assegnata l'attività di consulenza agli altri servizi ospedalieri ed è perciò ubicata all'interno delle Aziende ospedaliere, dei Presidi ospedalieri di Aziende sanitarie o dei Policlinici universitari. E' parte integrante del Dipartimento di Salute Mentale, anche quando l'ospedale in cui è ubicato non sia amministrato dalla stessa Azienda sanitaria. Il numero complessivo dei posti letto è individuato tendenzialmente nella misura di uno ogni 10.000 abitanti. Ciascun SPDC contiene non più di 16 posti letto ed è dotato di adeguati spazi per le attività comuni.

6. Razionale dello studio

Il Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) rappresenta la principale risorsa nella gestione in acuto di pazienti con quadri di intossicazione da alcol o sostanze d'abuso, pertanto lo scopo di questo lavoro è studiare e descrivere le variabili sociodemografiche, cliniche e relative alle modalità di accesso dei pazienti giunti al DEA dell'Ospedale Maggiore della Carità di Novara, per i quali è stata richiesta una consulenza psichiatrica nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2021 e il 31 dicembre 2023. Successivamente è stato operato un confronto in termini di sintomatologia, trattamenti e outcome al fine di valutare eventuali differenze statisticamente significative tra consulenze effettuate per pazienti con intossicazione da alcol o sostanze e senza intossicazione. Sono state, infine, confrontate eventuali differenze tra gli ordinary user e i frequent user, in termini di sintomi, trattamenti e outcome.

2. MATERIALI E METODI

Per il presente studio sono state prese in esame tutte le consulenze psichiatriche effettuate presso il DEA dell'A.O.U. Maggiore della Carità di Novara, dal mese di gennaio 2021 al mese di dicembre 2023.

Condizione necessaria e sufficiente per l'inclusione dei dati nello studio, è stata la presenza della richiesta di consulenza psichiatrica nell'arco di tempo considerato.

Unico criterio di esclusione è stata un'età inferiore ai 16 anni perché fascia di pertinenza della Neuropsichiatria Infantile, che accede di solito al DEA pediatrico.

Nel corso di ogni consulenza effettuata presso i locali del Pronto Soccorso, è stata condotta una valutazione clinica dei soggetti, da parte dello specialista psichiatra, a mezzo di colloquio clinico.

Tutte le informazioni necessarie allo studio sono state estrapolate dal database PsNet degli accessi al DEA. Si tratta di una piattaforma utilizzata in Pronto Soccorso, attraverso la quale sono registrati tutti i pazienti che vi accedono: riporta il codice di entrata, informazioni anagrafiche, anamnesi patologica prossima e remota con l'evoluzione della condizione clinica durante la permanenza in DEA. Attraverso questo applicativo, accessibile a tutto il personale medico, è possibile visualizzare anche eventuali analisi laboratoristiche, richieste di consulenza, indagini di imaging e relativi esiti.

Dopo ogni consulenza è stata compilata una scheda dati (vedi Tabella 1 in Appendice), all'interno di un database Excel costruito ad hoc, al fine di raccogliere ulteriori informazioni circa le caratteristiche sociodemografiche e cliniche relative sia all'anamnesi dei pazienti sia alla consulenza ricevuta in DEA:

- I. Motivo di accesso e codice di priorità
- II. Dati anagrafici: età, sesso, nazionalità, residenza, stato civile, scolarità, professione ed informazioni relative alle modalità di accesso
- III. Storia di ricoveri in psichiatria ed accessi al SerD
- IV. Diagnosi psichiatrica rispetto al DSM 5 e terapia psicofarmacologica
- V. Comorbidità organiche e terapia medica
- VI. Dipendenze da alcol, da sostanze o comportamentali
- VII. Alcolemia e sostanze su urine (barbiturici, benzodiazepine, anfetamine, cannabinoidi, oppiacei, cocaina/metaboliti)

VIII. Ideazione suicidaria e gesto autolesivo con le sue caratteristiche

IX. Terapia somministrata in acuto, sintomatologia principale ed esito dell'intervento

Il progetto è stato approvato dal Comitato Etico dell'Università del Piemonte Orientale nell'ambito dei compiti di ricerca dell'Istituto di Psichiatria.

Analisi statistica

Sono state effettuate analisi statistiche descrittive separatamente per i soggetti con riscontro di intossicazione acuta da alcol e/o sostanze (dato riscontrato tramite dosaggio ematico o su urine) e senza intossicazione. Frequenze assolute e relative sono riportate per le variabili categoriche mentre media e deviazione standard o mediana e range interquartile per quelle numeriche. Al fine di calcolare le differenze nelle proporzioni tra i gruppi sono stati utilizzati il test del Chi quadro/Fisher e t-test o alternative non parametriche.

Le variabili definite “costanti” nel tempo come genere, età, residenza e scolarità sono calcolate considerando come denominatore i soggetti, mentre per le altre si considera come denominatore il numero di consulenze. Per genere, età, residenza e scolarità si è considerata l'informazione al primo contatto; se mancante, si è valutato cosa era stato inserito nelle consulenze successive.

Sono stati inoltre eseguiti dei modelli logistici di tipo univariabile e multivariabile per valutare l'associazione tra la caratteristica di pazienti con intossicazione da alcol o sostanze e senza intossicazione sottoposti a consulenze psichiatriche, come variabili socio-demografiche (genere, età, residenza, stato civile, scolarità) e quelle riguardanti l'anamnesi psichiatrica prossima e remota (precedenti psichiatriche, precedenti ricoveri psichiatrici, paziente seguito dal punto di vista psichiatrico, precedenti SER.D., paziente seguito dal SER.D., presenza di comorbidità organiche, in terapia psicofarmacologica), con un intervallo di confidenza posto al 95%.

Le analisi sono state eseguite con modalità stepwise. Le analisi statistiche sono state condotte utilizzando SAS 9.4 e STATA versione 17.

La soglia di significatività è stata posta a 0.05.

3. RISULTATI

Dati generali

In questo studio sono stati analizzati i dati relativi a 1362 consulenze psichiatriche effettuate presso il DEA dell'AOU Maggiore della Carità di Novara nel periodo compreso tra gennaio 2021 e dicembre 2023, su un totale di 922 pazienti; l'età registrata in 1348 consulenze è compresa tra 16 e 98 anni con una media di 45.58 anni e una deviazione standard (DS) di 18.463.

Per 1334 consulenze, è stato registrato il sesso: il 43.93% (N=586) risulta essere di sesso maschile ed il 56.07% (N=748) di sesso femminile.

La nazionalità è stata indagata in 1312 consulenze. L'87.27% (N=1145) risulta essere di nazionalità italiana ed il restante 12.73% (N=167) di nazionalità straniera (suddivisa in base al paese di provenienza: vedi Tabella 2 in Appendice).

Delle 1085 consulenze nelle quali è stato richiesto ai pazienti con chi vivono, il 20.55% (N=223) vive solo, il 68.11% (N=739) vive con famiglia propria/di origine, il 9.03% (N=98) vive in comunità o carcere mentre il 2.30% (N=25) è senza fissa dimora.

Per quanto riguarda lo stato civile, nel 49.61% (N=514) di 1036 consulenze è risultato essere nubile/celibe, nel 36.58% (N=379) coniugato o convivente, nel 5.31% (N=55) separato, nel 3.57% (N=37) divorziato e nel 4.92% (N=51) vedovo.

Il livello di scolarità è stato domandato in 752 consulenze, di cui il 2.13% (N=16) non ha nessun livello di scolarizzazione, il 14.10% (N=106) ha la licenza elementare, il 43.88% (N=330) ha la licenza media, il 6.78% (N=51) ha il diploma professionale, il 26.46% (N=199) ha il diploma di scuola superiore e il 6.65% (N=50) ha la laurea o un titolo superiore.

Nelle 859 consulenze per cui è stato indagato il livello professionale, il 10.71% (N=92) dei pazienti non è mai stato occupato, il 10.83% (N=93) è uno studente, il 29.80% (N=256) è un lavoratore dipendente, il 5.12% (N=44) è un lavoratore autonomo, l'8.15% (N=70) è casalingo, il 14.55% (N=125) è pensionato e il 20.84% (N=179) è disoccupato.

In 1043 consulenze è stato valutato il consumo di sostanze, risultato positivo nel 43.24% (N=451) e negativo nel 56.76% (N=592); la valutazione dell'alcolemia è stata richiesta per

945 consulenze con il riscontro di un tasso alcolemico > 0.50 ng/ml nell'11.11% (N=105) dei pazienti e negativo nell'88.89% (N=840).

Su 1099 consulenze in cui è stato indagato, nel 28.39% (N=312) dei casi i pazienti sono risultati avere una dipendenza, che risulta invece assente nel 71.61% (N=787).

È stato effettuato un controllo incrociato per il consumo di alcol e di sostanze in 887 consulenze: nel 51.63% (N=458) dei casi i pazienti sono risultati negativi ad entrambi mentre il 48.37% (N=429) è risultato positivo ad uno o entrambi (338 positivi a sostanze ma non all'alcol, 48 positivi all'alcol ma non alle sostanze e 43 positivi sia ad alcol sia a sostanze).

Su 1337 consulenze la sintomatologia prevalente riscontrata è lo stato ansioso nel 26.33% (N=352) dei casi, seguito da agitazione psicomotoria non correlata ad uso di sostanze nel 19.75% (N=264), sintomatologia psicotica nel 14.36% (N=192), alterazioni del timismo nell'11.14% (N=149), intossicazione nel 10.32% (N=138), esame obiettivo psichico negativo nel 7.48% (N=100), alterazioni cognitive nel 3.96% (N=53) e altro nel 6.66% (N=89).

Su 1322 consulenze in merito, è riscontrata presenza di ideazione suicidaria nel 17.62% (N=233) mentre questa era assente nell'82.38% (N=1089); su 256 consulenze era presente ideazione anticonservativa nel 32.81% (N=84) mentre era assente nel 67.19% (N=172).

Su 1328 consulenze valutate, il 19.35% dei pazienti (N=257) aveva compiuto un gesto autolesivo, l'80.65% (N=1071) nessun gesto autolesivo. Su 253 consulenze, il 65.22% (N=165) aveva compiuto un agito a cortocircuito, mentre nel 34.78% (N=88) questo era assente. Le 253 consulenze sono state suddivise in base alla tipologia di agito: 52.57% (N=133) ingestione, 4.74% (N=12) ferite da taglio con sutura, 20.55% (N=52) ferite da taglio senza sutura, 4.35% (N=11) defenestramento o caduta dall'alto, 2.77% (N=7) impiccagione, 15.02% (N=38) altro. Delle 133 consulenze per "agito per ingestione", il 12.03% (N=16) ha ingerito sostanze chimiche non farmacologiche, il 23.31% (N=31) benzodiazepine, il 5.26% (N=7) neurolettici, il 10.53% (N=14) antidepressivi, il 34.59% (N=46) poliassunzione e il 14.29% (N=19) altro.

Su 1337 consulenze è stata effettuata una terapia in acuto nel 53.40% (N=714); su 710 dei pazienti trattati la terapia in acuto consisteva in neurolettici per via orale nel 6.90% (N=49), neurolettici endovena o intramuscolo nel 5.35% (N=38), benzodiazepine per via orale nel 15.63% (N=111), benzodiazepine endovena o intramuscolo nel 44.51% (N=316).

Le 1337 consulenze hanno avuto come esito il ricovero in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) nell'8.98% (N=120), ricovero volontario nel 31.79% (N=425), invio presso CSM nel 18.03% (N=241), invio presso SerD nel 5.46% (N=73), valutazione presso altro specialista nel 7.63% (N=102), OBI nell'1.80% (N=24), dimissione nel 23.93% (N=320) e dimissione volontaria nel 2.39% (N=32).

Valutazione degli accessi in Pronto Soccorso

È stato valutato il numero di accessi in Pronto Soccorso su un totale di 922 soggetti (vedi Tabella 3).

Numero di accessi	Numero di pazienti	Percentuale
1	716	77.66%
2	121	13.12%
3	45	4.88%
4	18	1.95%
5	8	0.87%
6	5	0.54%
7	3	0.33%
8	3	0.33%
9	2	0.22%
15	1	0.11%
TOTALE	922	100.00%

Tabella 3. Numero di accessi per totale di pazienti

Solo 37 soggetti sono risultati frequent user, ovvero hanno effettuato un numero superiore o uguale a 3 accessi in un periodo inferiore a 365 giorni (vedi Tabella 4 in Appendice).

Confronto tra pazienti negativi e positivi ad alcol/sostanze

- **Caratteristiche sociodemografiche**

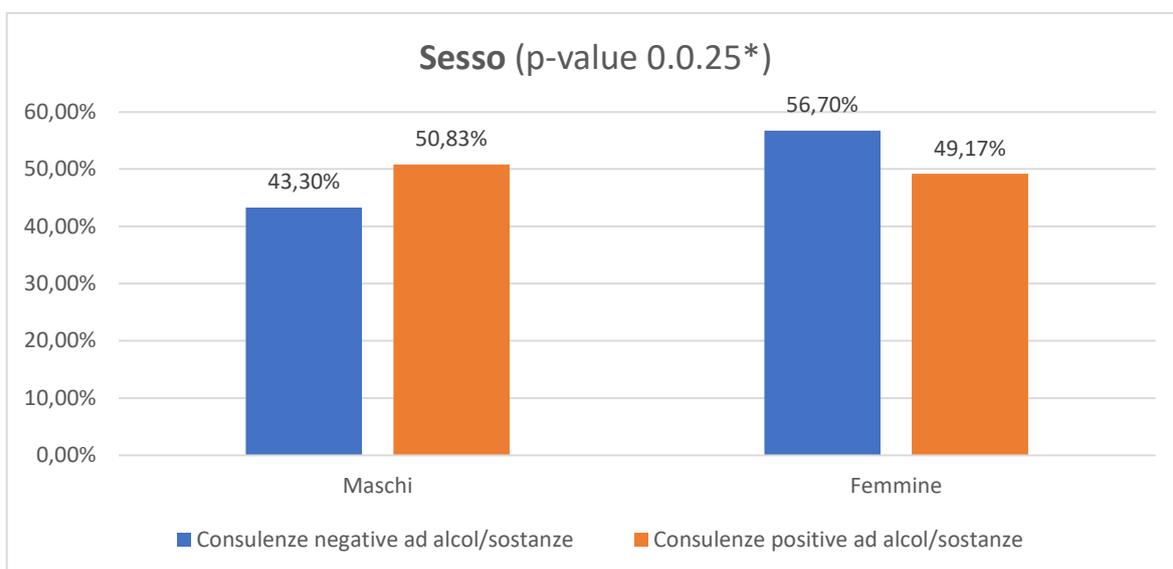


Figura 1

È stata valutata la frequenza di negatività e positività ad alcol/sostanze rispetto ai due sessi: su 455 consulenze negative il 43.30% (N=197) è di sesso maschile e il 56.70% (N=258) è di sesso femminile, mentre su 423 consulenze positive il 50.83% (N=215) è di sesso maschile e il 49.17% (N=208) è di sesso femminile (p-value 0.025).

La distinzione tra pazienti negativi e positivi ad alcol/sostanze rispetto alla nazionalità ha mostrato che su un totale di 447 consulenze negative i pazienti sono risultati nel 12.08% (N=54) dei casi di nazionalità straniera mentre nell'87.92% (N=393) italiano; su 413 consulenze positive il 15.50% (N=64) dei pazienti è straniero e l'84.50% (N=349) è italiano (p-value 0.146).

Delle 392 consulenze effettuate a pazienti negativi ad alcol/sostanze, il 22.19% (N=87) è risultato vivere solo, il 63.39% (N=272) vivere con la famiglia propria o di origine, il 7.65% (N=30) vivere in comunità o carcere e lo 0.77% (N=3) essere senza fissa dimora mentre delle 329 consulenze con positività a cui è stata posta la stessa domanda il 20.06% (N=66) vive solo, il 67.17% (N=221) vive con la famiglia propria o di origine, l'8.51% (N=28) vive in comunità o carcere e il 4.26% (N=14) è senza fissa dimora (p-value 0.019).

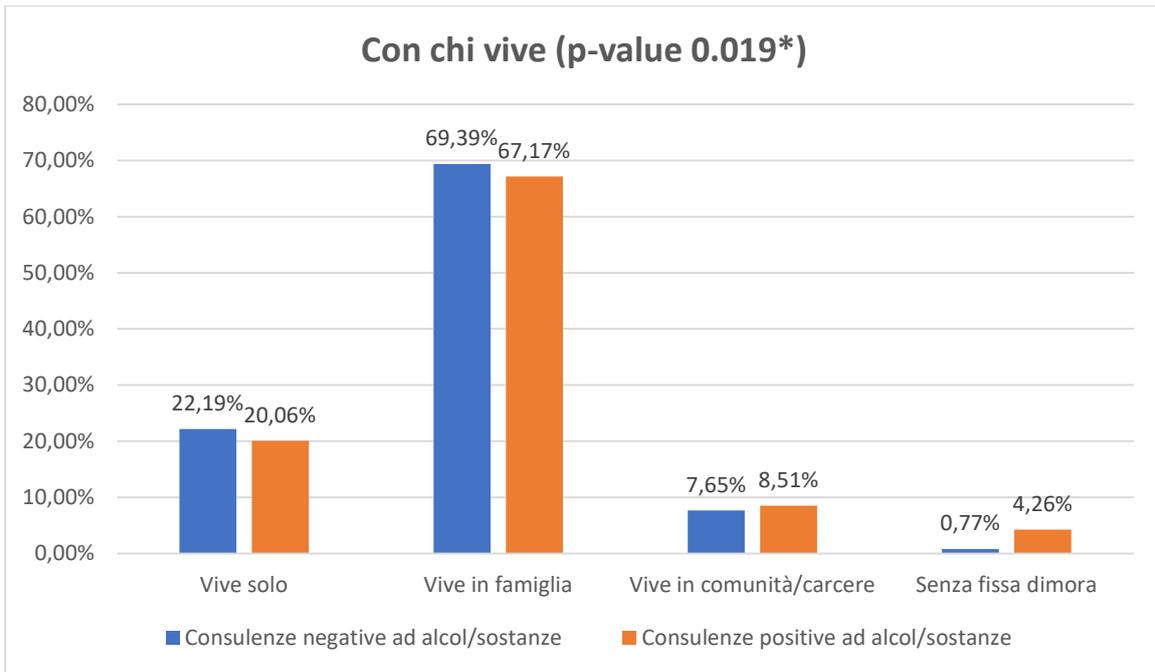


Figura 2

Per quanto riguarda lo stato civile, sia tra le 374 consulenze negative ad alcol/sostanze che tra le 322 consulenze positive, la maggior parte è risultata nubile/celibe (rispettivamente 51.60% e 54.04%) con percentuali decrescenti di pazienti coniugati, divorziati e infine vedovi (p-value 0.188).

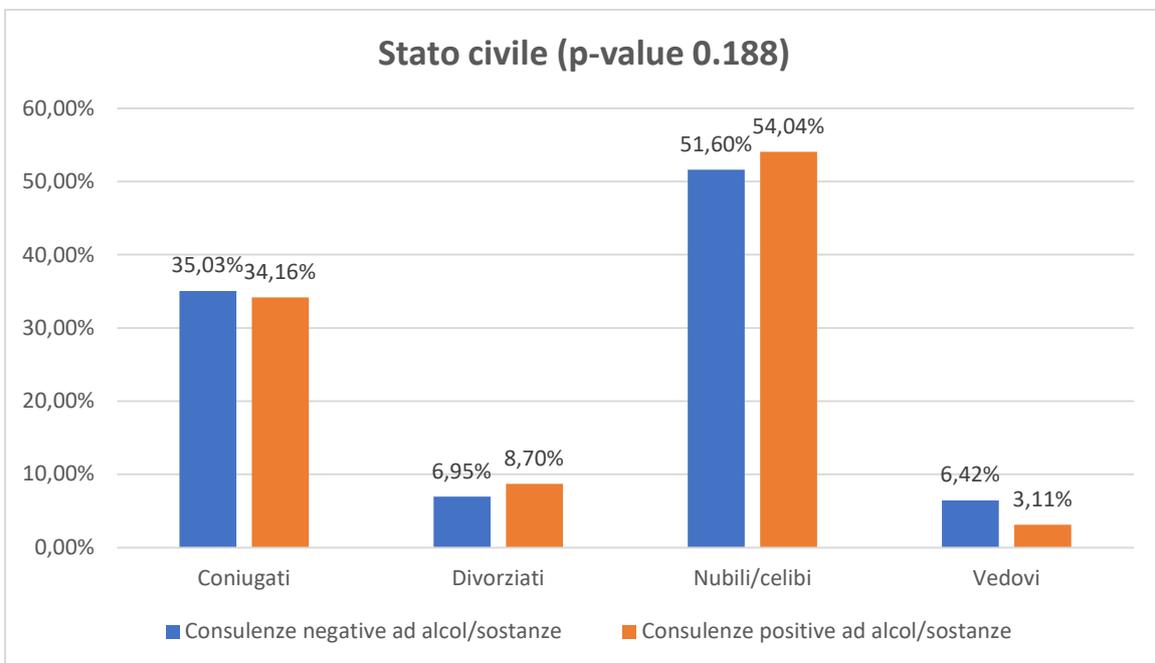


Figura 3

Il livello di scolarità di maggiore riscontro, in più della metà delle consulenze sia con esito negativo che positivo ad alcol/sostanze (64,26%, N=178 su 277 vs 61,35%, N=127 su 207), è risultato essere la licenza elementare/media/diploma professionale, seguita poi dal diploma (24,55% e 28,99%), dalla laurea (7,58% e 8,21%) e infine nessun titolo di studio (3,61% e 1,45%).

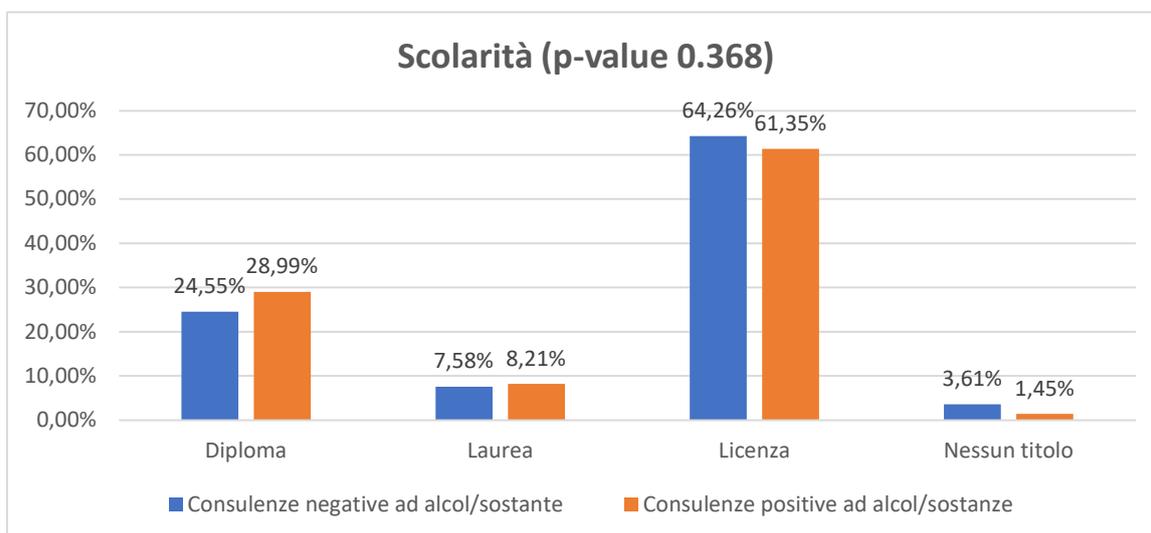


Figura 4

Su 320 consulenze eseguite su pazienti negativi ad alcol/sostanze il 20,94% (N=67) è casalingo o pensionato, il 33,44% (N=107) è lavoratore dipendente o autonomo, il 23,75% (N=76) è disoccupato e il 21,88% (N=70) non è mai stato occupato o è studente; per quanto riguarda le 242 consulenze eseguite su pazienti positivi il 13,22% (N=32) è casalingo, il 41,32% (N=100) è lavoratore dipendente o autonomo, il 24,38% (N=59) è disoccupato e il 21,07% (N=51) non è mai stato occupato o è studente (p-value 0.07).

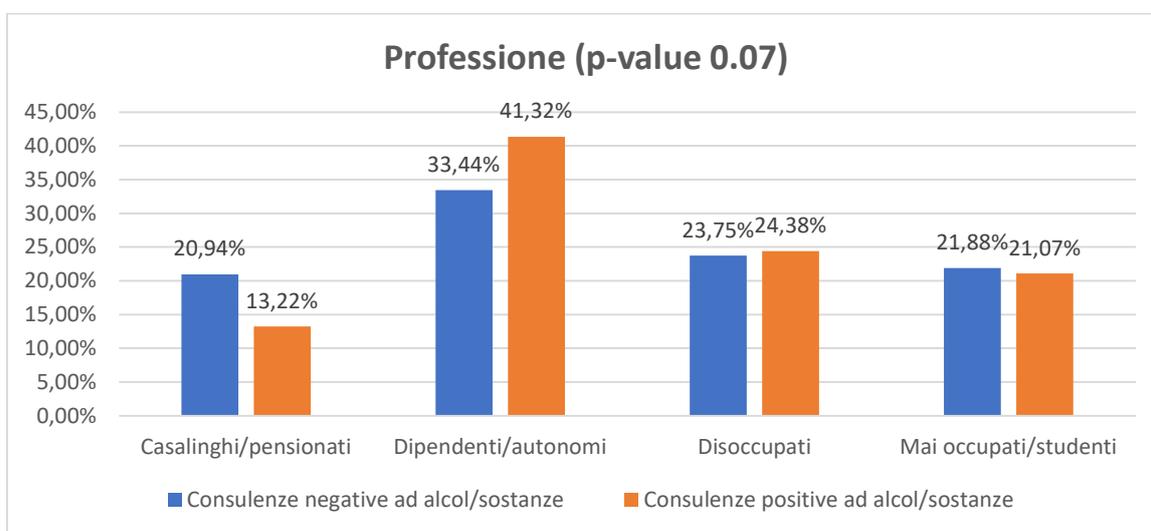


Figura 5

Anche nel contesto della residenza non si mostrano differenze significative dal momento che su 456 consulenze eseguite su pazienti negativi ad alcol/sostanze, il 49.56% (N=226) vive fuori Novara ed il 50.44% vive a Novara, analogamente su 423 consulenze eseguite su pazienti positivi il 52.25% (N=221) vive fuori Novara ed il 47.75% (N=202) vive a Novara (p-value 0.426)

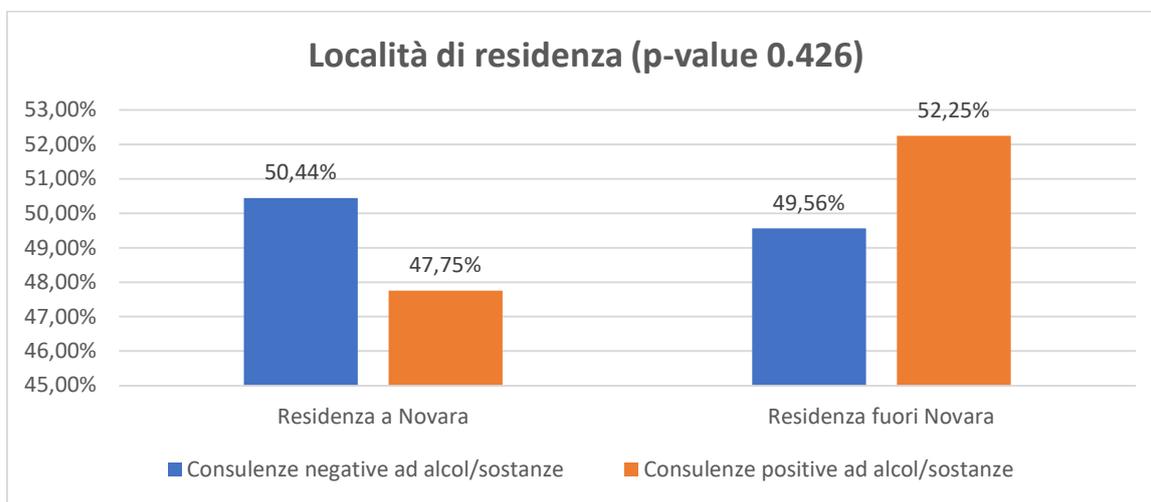


Figura 6

- **Informazioni sull'accesso in DEA**

Non ci sono delle differenze rilevanti rispetto al motivo prevalente della richiesta tra le consulenze eseguite su pazienti intossicati o meno: infatti sia nell'89.23% (N=406) delle 455 consulenze eseguite su pazienti negativi ad alcol/sostanze sia nel 90.53% (N=373) delle 412 consulenze eseguite su pazienti positivi il motivo principale è legato a problematiche di natura psichiatrica (p-value 0.248).

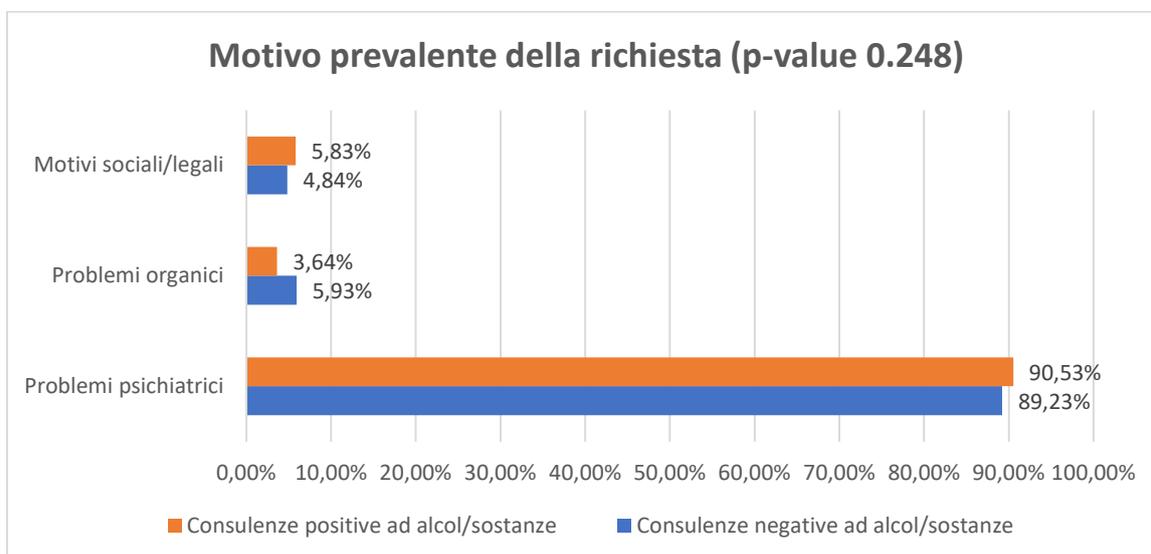


Figura 7

Nella maggior parte delle consulenze eseguite su pazienti appartenenti ad entrambi i campioni, risulta che i pazienti si siano recati da soli al Pronto Soccorso, rispettivamente nel 31.81% (N=139 su 437 consulenze eseguite su pazienti negativi ad alcol/sostanze) e nel 28.78% (N=118 su 410 consulenze eseguite su pazienti positivi); in alternativa vi si sono recati accompagnati da familiari/educatori, dalle forze dell'ordine, su indicazione del Medico di Medicina Generale/118 o dello psichiatra curante/medico del SerD (p-value 0.037).

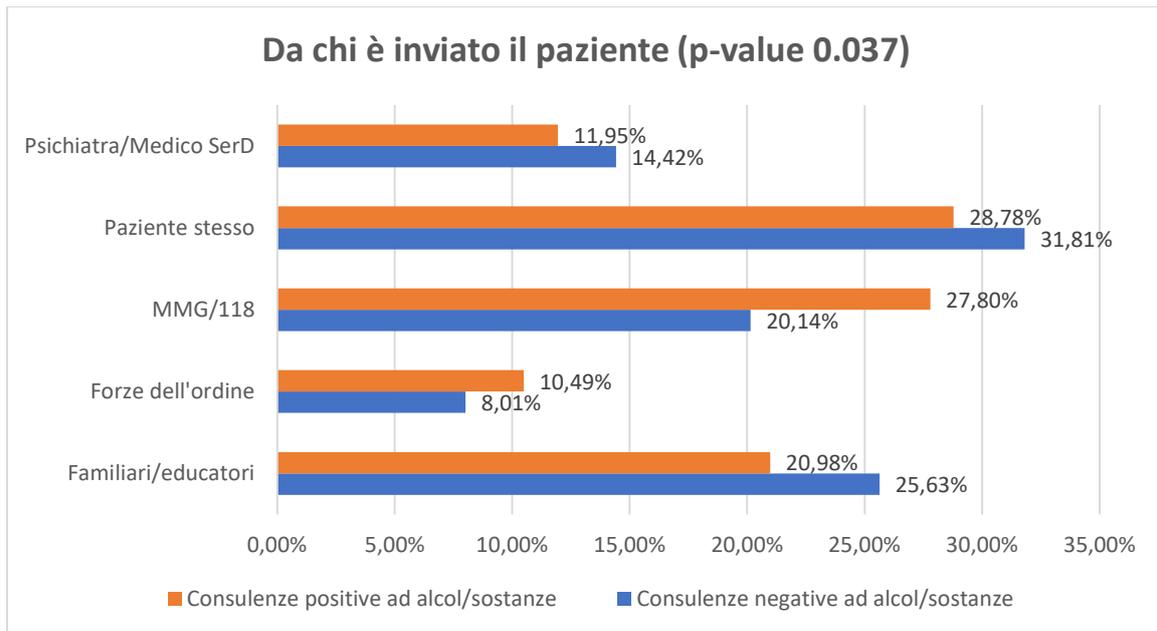


Figura 8

- **Diagnostica e terapia**

Il 16.84% (N=66) delle 392 consulenze eseguite su pazienti negativi ad alcol/sostanze ed il 44.41% (N=167) di 376 consulenze eseguite su pazienti positivi risultano essere su pazienti con dipendenze.

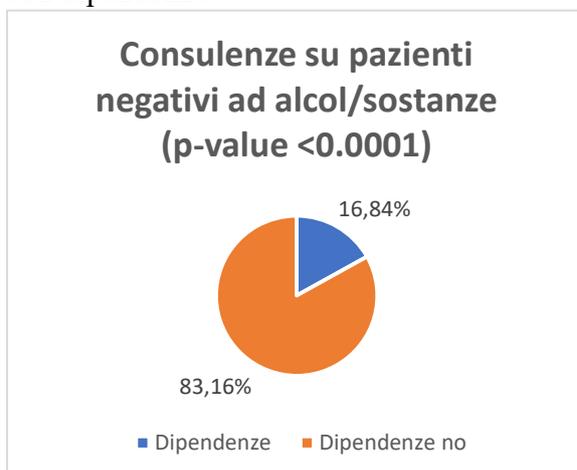


Figura 9

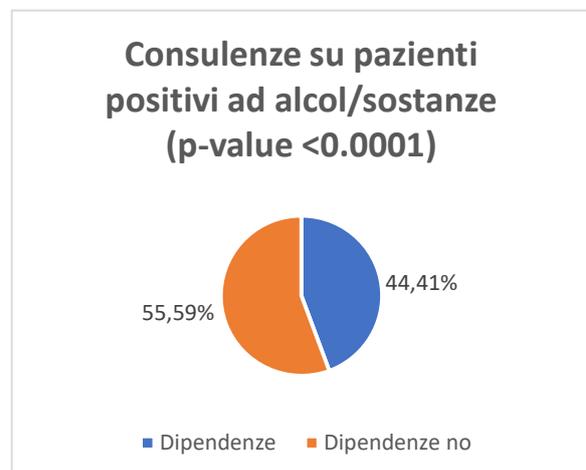


Figura 10

La sintomatologia è stata indagata in 454 consulenze eseguite su pazienti negativi e in 424 consulenze eseguite su pazienti positivi ad alcol/sostanze con un maggiore riscontro di stato ansioso ed alterazioni del timismo (rispettivamente nel 42.82%, N=192 e nel 32.31%, N=137), seguito da agitazione psicomotoria (19.38% e 19.34%), sintomatologia psicotica (18.50% e 14.15%) ed alterazioni cognitive/EO psichico negativo/altro (17.40% e 11.79%). Le intossicazioni rappresentano la categoria che presenta le maggiori differenze tra consulenze eseguite su pazienti negativi (2.42%, N=11) e positivi (22.41%, N=95).

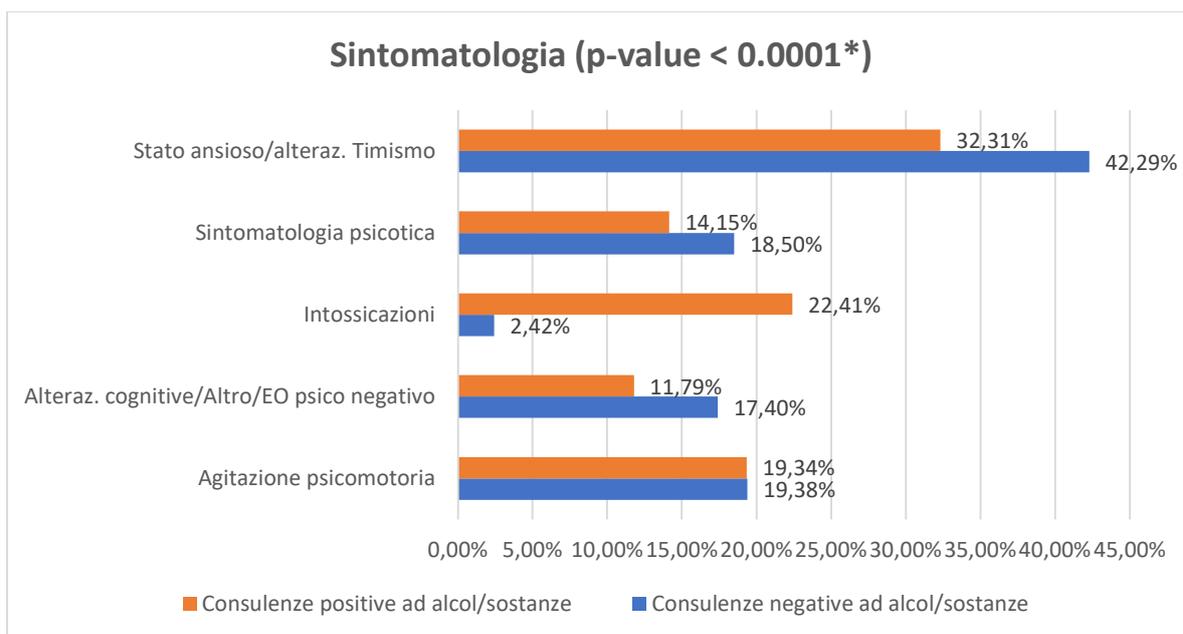


Figura 11

Su 452 consulenze effettuate su pazienti negativi ad alcol/sostanze, il 16.15% (N=73) manifesta all'indagine un'ideazione suicidaria analogamente al 22.75% (N=96) di 422 consulenze effettuate su pazienti positivi ad alcol/sostanze, mentre la presenza di un gesto autolesivo si è riscontrata nel 16.56% (N=75) di 453 consulenze effettuate su pazienti negativi e nel 25.47% (N=108) di 424 consulenze effettuate su pazienti positivi. La volontà anticonservativa è stata rilevata nel 29.17% (N=21) di 72 consulenze effettuate su pazienti negativi ad alcol/sostanze e nel 37.61% (N=41) di 109 consulenze effettuate su pazienti positivi. Il 66.20% (N=47) di 71 consulenze effettuate su pazienti negativi ad alcol/sostanze aveva effettuato un agito a cortocircuito analogamente al 65.14% (N=71) di 109 consulenze effettuate su pazienti positivi (vedi Tabella 5).

		CONSULENZE NEGATIVE AD ALCOL SOSTANZE	CONSULENZE POSITIVE AD ALCOL SOSTANZE	TOTALE	P- VALUE
Ideazione suicidaria	No	83.85% (379)	77.25% (326)	705	0.014*
	Si	16.15% (73)	22.75% (96)	169	
Gesto autolesivo	No	83.44% (378)	74.53% (316)	694	0.001*
	Si	16.56% (75)	25.47% (108)	183	
Volontà anticonservativa	No	70.83% (51)	62.39% (68)	119	0.241
	Si	29.17% (21)	37.61% (41)	62	
Agito a cortocircuito	No	33.80% (24)	34.86% (38)	62	0.884
	Si	66.20% (47)	65.14% (71)	118	

Tabella 5. Variabili gesto suicidario

Si è poi operata una distinzione sul tipo di agito messo in atto da pazienti in 72 consulenze effettuate su pazienti negativi e 106 consulenze effettuate su pazienti positivi con i seguenti risultati: dei pazienti negativi il 5.56% (N=4) ha agito per defenestramento o impiccagione, il 25.00% (N=18) ferite da taglio, il 52.78% (N=38) ingestione e il 16.67% (N=12) altro; dei pazienti positivi il 3.77% (N=4) ha agito per defenestramento, il 23.58% (N=25) ferite da taglio, il 53.77% (N=57) ingestione e il 18.87% (N=20) altro.

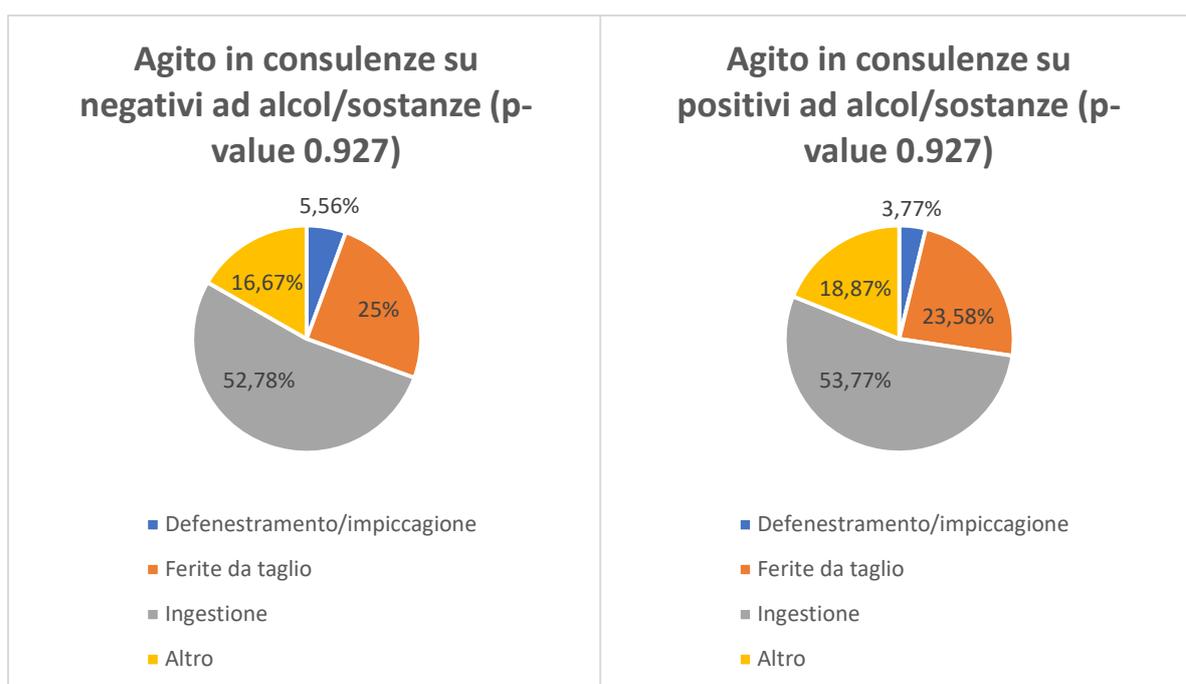


Figura 12

Figura 13

La presenza di comorbidità organiche è stata riscontrata nel 43.48% (N=190) delle 437 consulenze effettuate su pazienti negativi ad alcol/sostanze e nel 35.66% (N=143) di consulenze effettuate su pazienti positivi con un p-value di 0.021.

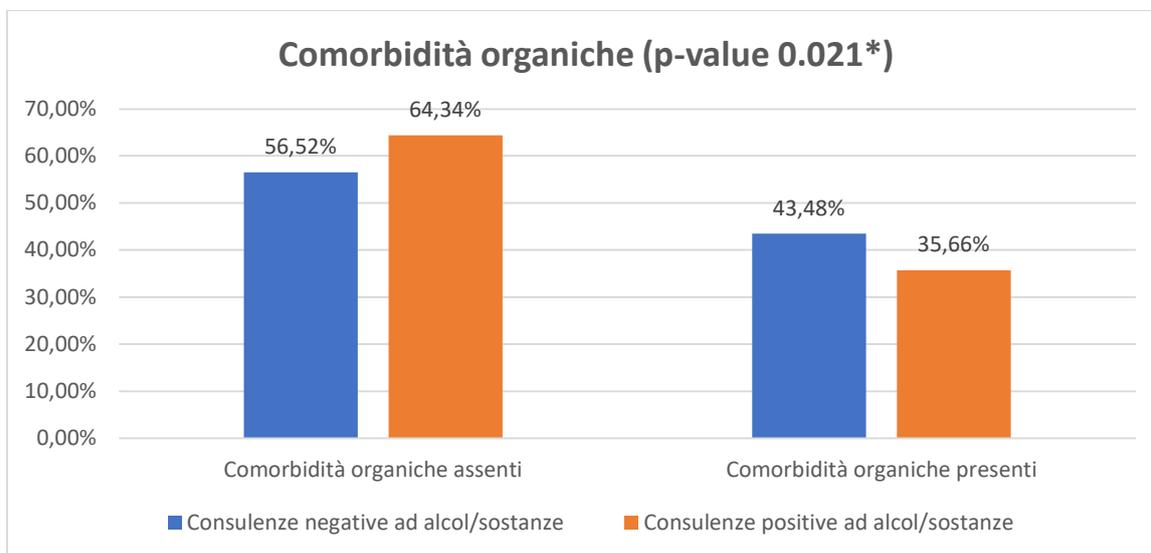


Figura 14

È stato operato un confronto sugli esiti dell'intervento tra le consulenze effettuate su pazienti negativi e positivi ad alcol/sostanze, rispettivamente su un totale di 456 e 421.

	Consulenze negative ad alcol/sostanze		Consulenze positive ad alcol/sostanze	
Ricovero in TSO	42	9.2%	54	12.8%
Ricovero volontario/OBI	187	41.0%	153	36.3%
Invio presso CSM	78	17.1%	62	14.7%
Invio presso SerD / altro specialista	42	9.2%	63	15.0%
Dimissione	107	23.5%	89	21.1%
Totale	456		421	

Tabella 6. Esiti dell'intervento

Delle 456 consulenze effettuate su pazienti negativi, nel 9.21% (N=42) la consulenza ha avuto come esito il ricovero in TSO, per il 41% (N=187) il ricovero volontario o in OBI, per il 17.1% (N=78) l'invio presso CSM, per il 9.2% (N=42) l'invio presso SerD o ad altro specialista, per il 23.5% (N=107) la dimissione.

Delle 421 consulenze effettuate su pazienti positivi, nel 12.8% (N=54) dei casi essa ha avuto come esito il ricovero in TSO, nel 36.3% (N=153) il ricovero volontario o in OBI, nel 14.7% (N=62) l'invio presso CSM, nel 15% (N=63) l'invio presso SerD o altro specialista, nel 21.1% (N=89) la dimissione. Il p-value è risultato essere pari a 0.0244.

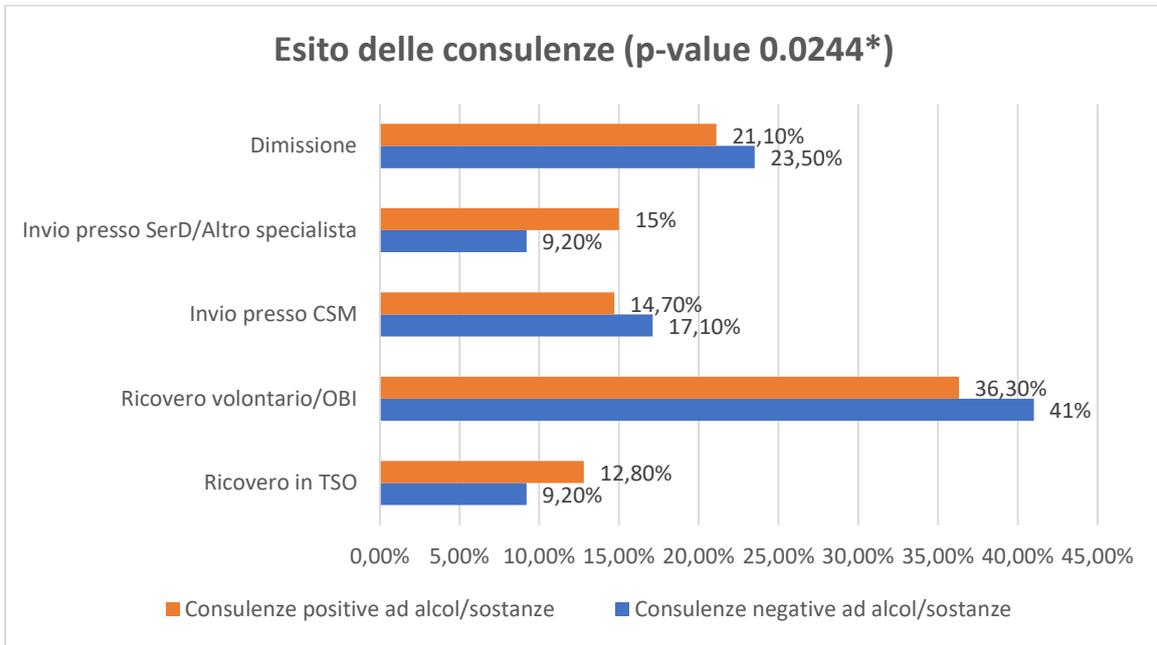


Figura 15

Nel 49.01% delle consulenze effettuate su pazienti negativi ad alcol/sostanze (N=222 su un totale di 453) risulta che i pazienti abbiano effettuato una terapia in acuto, mentre è stata somministrata nel 60.00% (N=255) delle consulenze effettuate su pazienti positivi ad alcol/sostanze (totale 425).

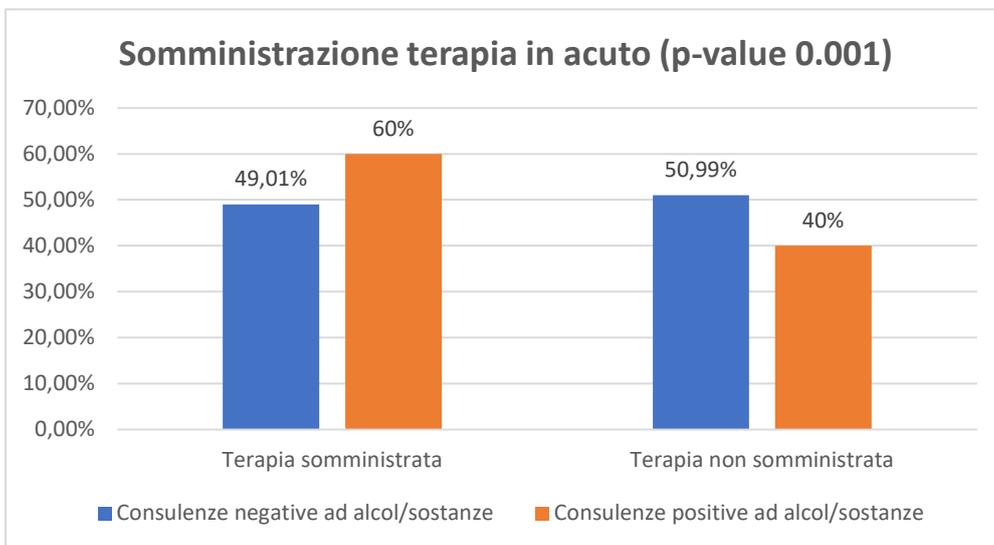


Figura 16

Su 221 consulenze eseguite su pazienti negativi ad alcol/sostanze trattati con una terapia in acuto, i farmaci di scelta sono stati per il 9.05% (N=20) i neurolettici per via orale, per il 4.98% (N=11) i neurolettici endovena/intramuscolo, per il 19.00% (N=42) le benzodiazepine per via orale, per il 43.89% (N=97) le benzodiazepine endovena/intramuscolo, per il 17.65% (N=39) la politerapia e per il 5.43% (N=12) altro.

Su 253 consulenze eseguite su pazienti positivi ad alcol/sostanze trattati con una terapia in acuto, i farmaci di scelta sono stati per il 5.14% (N=13) i neurolettici per via orale, per il 4.74% (N=12) i neurolettici endovena/intramuscolo, per l'8.70% (N=22) le benzodiazepine per via orale, per il 49.01% (N=124) le benzodiazepine endovena/intramuscolo, per il 21.34% (N=54) la politerapia e per l'11.07% (N=28) altro.

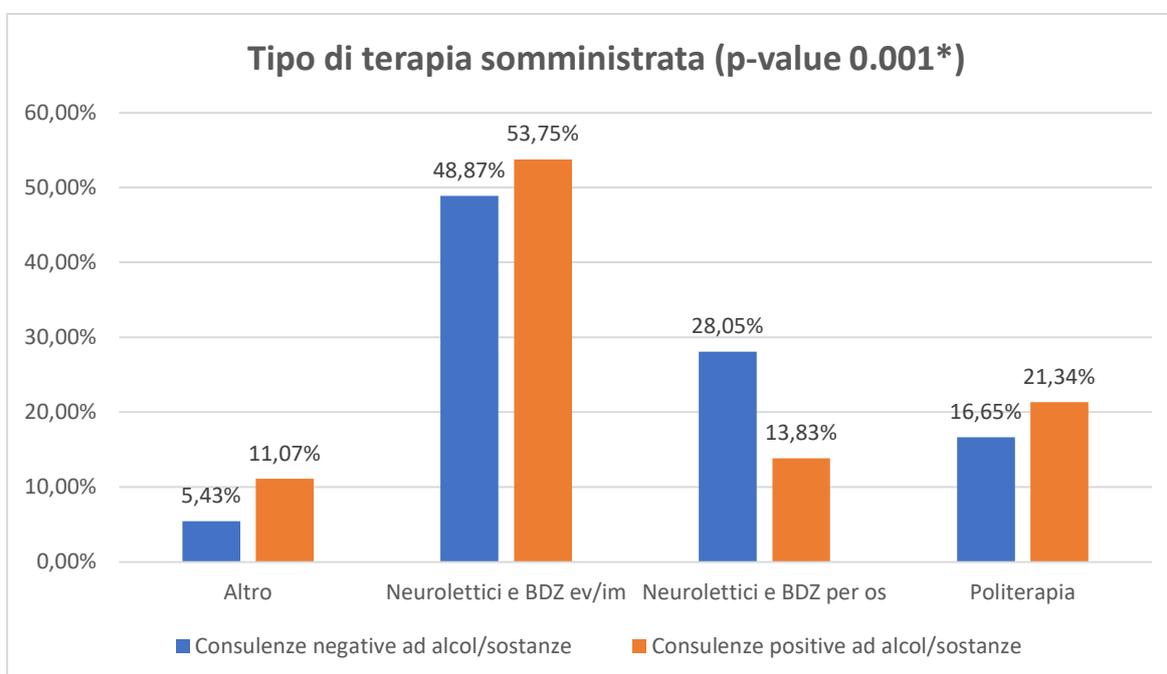


Figura 17

Tra le consulenze effettuate sui pazienti, la maggior parte risultava avere precedenti psichiatriche, sia nelle consulenze eseguite su pazienti negativi ad alcol/sostanze (75.15%, N=327 su un totale di 441) sia nelle consulenze eseguite su pazienti positivi (72.48%, N=295 su un totale di 407) mentre i dati relativi ai precedenti ricoveri psichiatrici sono più uniformi: infatti il 50.13% (N=199 su 397) delle consulenze eseguite su pazienti negativi ed il 50-40% (N=187 su 371) delle consulenze eseguite su pazienti positivi era stato già ricoverato presso l'SPDC. Il 65.24% (N=289 su 443) delle consulenze eseguite su pazienti negativi ed il 56.03% (N=223 su 398) delle consulenze eseguite su pazienti positivi era seguito al momento della consulenza dal punto di vista psichiatrico ma solo il 3.07% (N=12 su 391)

delle consulenze eseguite su pazienti negativi e il 13.97% (N=50 su 358) delle consulenze eseguite su pazienti positivi era seguito dal SerD. Il 78.59% (N=356 su 453) delle consulenze eseguite su pazienti negativi ed il 75.54% (N=312 su 413) delle consulenze eseguite su pazienti positivi aveva una diagnosi di patologia psichiatrica, con assunzione di una terapia psicofarmacologica (vedi Tabella 7).

		CONSULENZE NEGATIVE AD ALCOL SOSTANZE	CONSULENZE POSITIVE AD ALCOL SOSTANZE	TOTALE	P-VALUE
Precedenti psichiatrici	No	25.85% (114)	27.52% (112)	226	0.583
	Sì	74.15% (327)	72.48% (295)	622	
Precedenti ricoveri psichiatrici	No	49.87% (198)	49.60% (184)	382	0.939
	Sì	50.13% (199)	50.40% (187)	386	
Seguito ora per motivi psichiatrici	No	34.76% (154)	43.97% (175)	329	0.006
	Sì	65.24% (289)	56.03% (223)	512	
Seguito ora presso SerD	No	96.93% (379)	86.03% (308)	687	< 0.0001
	Sì	3.07% (12)	13.97% (50)	62	
Diagnosi di patologia psych.	No	21.41% (97)	24.46% (101)	198	0.287
	Sì	78.59% (356)	75.54% (312)	668	
Terapia psicofarmacologica	No	31.56% (142)	28.99% (120)	262	0.412
	Sì	68.44% (308)	71.01% (294)	602	

Tabella 7. Anamnesi psichiatrica

È stata operata una distinzione tra le terapie assunte nelle 458 consulenze effettuate su pazienti negativi ad alcol/sostanze e nelle 429 consulenze effettuate su pazienti positivi. Tra i farmaci considerati ci sono: neurolettici tipici orali e LAI (long-acting injectable), neurolettici atipici orali e LAI, antidepressivi, benzodiazepine, stabilizzanti del tono dell'umore, anticonvulsivanti e altro. I risultati sono riportati nella Tabella 8.

		CONSULENZE NEGATIVE AD	CONSULENZE POSITIVE AD	TOTALE	P-VALUE
		ALCOL SOSTANZE	ALCOL SOSTANZE		
Neurolettici tipici orali	No	87.12% (399)	86.71% (372)	771	0.858
	Sì	12.88% (59)	13.29% (57)	116	
Neurolettici LAI	No	91.70% (420)	97.67% (419)	839	< 0.0001
	Sì	8.30% (38)	2.33% (10)	48	
Neurolettici atipici orali	No	72.49% (332)	74.13% (318)	650	0.582
	Sì	27.51% (126)	25.87% (111)	237	
Neurolettici atipici LAI	No	94.54% (433)	96.04% (412)	845	0.295
	Sì	5.46% (25)	3.96% (17)	42	
Antidepressivi	No	69.00% (316)	67.37% (289)	605	0.602
	Sì	31.00% (142)	32.63% (140)	282	
Benzodiazepine	No	58.52% (268)	51.75% (222)	490	0.043
	Sì	41.48% (190)	48.25% (207)	397	
Stabilizzanti del tono dell'umore	No	91.48% (419)	91.61% (393)	812	0.947
	Sì	8.52% (39)	8.39% (36)	75	
Anticonvulsivanti	No	95.41% (437)	96.27% (413)	850	0.524
	Sì	4.59% (21)	3.73% (16)	37	
Anticolinergici Antistaminici	No	98.03% (449)	98.60% (423)	872	0.513
	Sì	1.97% (9)	1.40% (6)	15	
Altro	No	96.94% (444)	97.20% (417)	861	0.819
	Sì	3.06% (14)	2.80% (12)	26	

Tabella 8. Terapie assunte dai pazienti

Infine, è stata valutata la presenza di dipendenze sia da sostanze (alcol, caffeina, cannabis, allucinogeni, sedativi/ipnotici/ansiolitici, stimolanti, tabacco ed eroina) sia comportamentali (gioco d'azzardo) nei due campioni sopracitati (vedi Tabella 9).

<i>DIPENDENZE</i>		<i>CONSULENZE NEGATIVE AD ALCOL SOSTANZE (N=458)</i>	<i>CONSULENZE POSITIVE AD ALCOL SOSTANZE (N=429)</i>	<i>TOTALE</i>	<i>P-VALUE</i>
<i>Alcol</i>	No	94.76% (434)	79.25% (340)	774	< 0.0001
	Sì	5.24% (24)	20.75% (89)	113	
<i>Caffeina</i>	No	99.34% (455)	100% (429)	884	0.093
	Sì	0.66% (3)	0% (0)	3	
<i>Cannabis</i>	No	98.47% (451)	85.31% (366)	817	< 0.0001
	Sì	1.53% (7)	14.69% (63)	70	
<i>Allucinogeni</i>	No	99.34% (455)	99.53% (427)	882	0.707
	Sì	0.66% (3)	0.47% (2)	5	
<i>Sedativi, ansiolitici</i>	No	98.69% (452)	87.44% (418)	870	0.173
	Sì	1,31% (6)	2.56% (11)	17	
<i>Stimolanti</i>	No	97.82% (448)	88.81% (381)	829	< 0.0001
	Sì	2.18% (10)	11.19% (48)	58	
<i>Tabacco</i>	No	94.32% (432)	96.27% (413)	845	0.172
	Sì	5.68% (26)	3.73% (16)	42	
<i>Eroina</i>	No	99.56% (456)	97.67% (419)	875	0.015
	Sì	0.44% (2)	2.33% (10)	12	
<i>Gioco d'azzardo</i>	No	99.78% (457)	99.77% (428)	885	0.963
	Sì	0.22% (1)	0.23% (1)	2	
<i>Altro</i>	No	99.56% (456)	97.90% (420)	876	0.025
	Sì	0.44% (2)	2.10% (9)	11	

Tabella 9. Dipendenze

4. DISCUSSIONE

Come si può osservare nello studio, sono stati raccolti i dati relativi ad un campione di 922 pazienti giunti presso il DEA dell'AOU Maggiore della Carità di Novara nel periodo compreso tra gennaio 2021 e dicembre 2023. È stata analizzata la frequenza di accesso che ha mostrato un numero di ingressi ≥ 2 in 260 pazienti e ≥ 3 con una distanza tra il primo e l'ultimo inferiore a 356 in 37 pazienti. Non è stato perciò possibile valutare le differenze tra i soggetti frequent user e ordinary user, dal momento che i campioni non sono confrontabili in termini di numerosità.

I dati raccolti attraverso le consulenze psichiatriche richieste hanno permesso di operare un confronto tra i pazienti che sono risultati negativi o positivi all'esame tossicologico, in merito alle caratteristiche socio-demografiche, alle modalità di accesso in DEA, all'iter diagnostico e terapeutico, con particolare attenzione all'anamnesi psichiatrica e alle eventuali dipendenze da sostanze o comportamentali.

Rispetto alle informazioni sociodemografiche, è stata dimostrata una differenza statisticamente significativa tra i due sessi nel campione delle consulenze effettuate su pazienti negativi ad alcol/sostanze: infatti le donne con negatività ad alcol/sostanze sono più numerose degli uomini, a differenza dei pazienti positivi in cui la distribuzione è omogenea tra i due sessi. In merito a quest'ultimo dato, precedenti studi hanno evidenziato un consumo alcolico preponderante nel sesso maschile, tuttavia questo divario si sta restringendo nel tempo con un numero crescente di donne che manifestano un disturbo da uso di alcol (AUD) ed i quadri patologici che ne derivano [129].

Invece, per quanto riguarda la nazionalità, è stata riscontrata una netta maggioranza, non statisticamente significativa, di pazienti italiani rispetto agli stranieri in entrambi i campioni di consulenze considerati, in disaccordo con la letteratura che riporta un maggior utilizzo di alcol e sostanze illecite tra migranti, soprattutto di origine est-europea e balcanica [130] [131]. Tuttavia le informazioni relative ai Paesi di provenienza dei pazienti stranieri hanno mostrato un risultato in linea con le caratteristiche della popolazione migrante del Piemonte ed in particolare di Novara [132]: infatti i Paesi più rappresentati sono in ordine Albania, Nigeria, Romania, Pakistan, Marocco e Ucraina.

Le consulenze effettuate su pazienti sia positivi sia negativi all'esame tossicologico hanno evidenziato una distribuzione omogenea rispetto a con chi vivono: infatti in entrambi i casi c'è una maggiore frequenza di pazienti che vivono con famiglia propria o di origine, seguiti poi da chi vive solo e chi in comunità o carcere. È presente una differenza statisticamente significativa nel contesto delle consulenze in cui il paziente è risultato essere senza fissa dimora, con una maggiore frequenza tra i positivi ad alcol/sostanze: questo elemento potrebbe essere correlato ad un preponderante abuso di sostanze nei soggetti in condizione di marginalità sociale che più frequentemente sperimentano esperienze traumatiche e patologie psichiatriche [133].

Analogamente ai dati sopracitati, nelle consulenze in cui è stato indagato lo stato civile è stato riscontrato che più della metà dei pazienti sia positivi sia negativi ad alcol/sostanze risultano nubili/celibi, seguiti dai coniugati, mentre le percentuali di divorziati e vedovi sono molto inferiori. Tuttavia questi dati non sono statisticamente significativi; inoltre l'omogeneità evidenziata tra i due campioni è in contrasto con quanto dimostrato da precedenti studi, che vedono nel matrimonio un fattore protettivo rispetto all'abuso di alcol in entrambi i sessi [134]. In entrambi i campioni di consulenze effettuate, non sono state evidenziate delle differenze statisticamente significative ed il livello di scolarità di maggiore riscontro è la licenza elementare/media/diploma professionale. Per quanto riguarda la professione, si nota una differenza significativa tra le consulenze effettuate su pazienti positivi e negativi ad alcol/sostanze: infatti i primi risultano più spesso lavoratori dipendenti o autonomi, in contrasto con quanto suggerito dalla letteratura, che vede una maggiore frequenza di condotte d'abuso in soggetti disoccupati [135]. Non ci sono differenze statisticamente significative rispetto alla località di residenza.

C'è un numero preponderante, non statisticamente significativo, di consulenze che sono state richieste per problemi di natura psichiatrica nei pazienti sia positivi sia negativi all'esame tossicologico, con una scarsa percentuale di richieste per problemi organici e per motivi sociali o legali.

Relativamente alle modalità di accesso in DEA, in entrambi i campioni si rileva una maggiore frequenza di pazienti che si presentano da soli, con percentuali più elevate nelle consulenze effettuate su pazienti negativi ad alcol/sostanze, analogamente alle

consulenze effettuate su pazienti accompagnati da familiari/educatori o giunti su consiglio dello psichiatra curante o del medico del SerD. Al contrario c'è un maggiore riscontro di positività ad alcol/sostanze nelle consulenze effettuate su pazienti giunti su consiglio del Medico di Medicina Generale o accompagnati dai Servizi di emergenza-urgenza (118) o dalle forze dell'ordine. Questi ultimi dati possono derivare dal fatto che l'intossicazione acuta da alcol o sostanze rappresenta un importante fattore di rischio per traumi e lesioni [136], inoltre una minore consapevolezza di malattia da parte di questi pazienti è associata ad accessi in DEA, specialmente in caso di acuzie ed agitazione psicomotoria, che richiedono degli interventi in urgenza e coercitivi [137].

In entrambi i campioni la sintomatologia prevalente è rappresentata da stato ansioso o alterazioni del timismo, con una percentuale più elevata nelle consulenze eseguite su pazienti negativi ad alcol/sostanze (è possibile che all'interno di questo pool di consulenze siano presenti pazienti in astinenza da alcol, caratterizzata da negatività all'esame tossicologico e da sintomatologia ansiosa [138]), così come la sintomatologia psicotica e le alterazioni cognitive o il riscontro di un esame obiettivo psichiatrico negativo o altro. L'agitazione psicomotoria ha una distribuzione omogenea, mentre le intossicazioni, come atteso, hanno un numero più elevato nelle consulenze eseguite su pazienti positivi ad alcol/sostanze.

Inoltre, sia l'ideazione suicidaria sia l'evidenza di un gesto autolesivo presentano un numero maggiore di casi a favore delle consulenze eseguite su pazienti positivi ad alcol/sostanze, analogamente a quanto riportato in letteratura [139]. La volontà anticonservativa e l'agito a cortocircuito presentano, invece, dei risultati non statisticamente significativi. È stata poi operata una distinzione sul tipo di agito messo in atto e i dati mostrano che, nelle consulenze eseguite su pazienti sia positivi sia negativi ad alcol/sostanze, più della metà ha agito primariamente per ingestione di sostanze, probabilmente per la loro facile reperibilità e minore letalità che può consentire maggiormente il soccorso: infatti tipologie di agito caratterizzate da una maggiore violenza, come ferite da taglio e defenestramento o impiccagione, hanno un riscontro di percentuali inferiori e decrescenti; tuttavia i dati non risultano statisticamente significativi.

In merito alle comorbidità organiche, si è ottenuto un riscontro positivo in una

percentuale maggiore di consulenze eseguite sui pazienti negativi ad alcol/sostanze, nonostante le condotte d'abuso siano un fattore di rischio per numerose patologie organiche, tra cui cardiomiopatia, aritmie, stroke, ipertensione, steatosi epatica, epatite alcolica con sviluppo di fibrosi e cirrosi, pancreatite, gastriti ed ulcere, polineuropatia alcolica, favorita dal deficit di tiamina, e immunosoppressione con infezioni ricorrenti [140].

La somministrazione di una terapia in acuto si è resa necessaria soprattutto nel contesto delle consulenze eseguite su pazienti positivi ad alcol/sostanze e la scelta è ricaduta in più della metà dei casi su neurolettici e benzodiazepine per via endovenosa o intramuscolo: infatti si tratta di farmaci con un effetto ansiolitico e sedativo, associato alla rapidità d'azione e di somministrazione della via iniettiva, che risultano particolarmente utili ed efficaci nei confronti dello stato ansioso e dell'agitazione psicomotoria [138]. Le altre terapie impiegate sono state: neurolettici e benzodiazepine per via orale (modalità di somministrazione impiegata maggiormente nel contesto delle consulenze eseguite su pazienti negativi ad alcol/sostanze), politerapia ed altro. Inoltre, gli studi presenti in letteratura hanno evidenziato l'efficacia, in breve tempo, della Loxapina somministrata per via inalatoria nel trattamento dell'agitazione psicomotoria [141], farmaco tuttavia non disponibile in Italia.

I dati relativi ai precedenti psichiatrici, ai precedenti ricoveri presso SPDC, alla diagnosi di una patologia psichiatrica e all'assunzione di una terapia psicofarmacologica risultano piuttosto omogenei e non sono statisticamente significativi. È stata riscontrata una maggiore percentuale di consulenze eseguite su pazienti negativi, che erano seguiti per motivi psichiatrici, mentre, come atteso, si è registrato un numero maggiore di consulenze eseguite su pazienti positivi che erano seguiti presso il SerD. Questo dato è parzialmente in contrasto con la letteratura che riconosce un frequente overlap tra abuso di alcol/sostanze e patologie psichiatriche, con percentuali superiori alla popolazione generale [142] [143]; inoltre numerose sostanze sono in grado di determinare manifestazioni di natura psicotica [144].

È stata effettuata una distinzione tra i tipi di terapie assunte dai pazienti al momento della consulenza, con riscontro di una differenza significativa nel contesto dei neurolettici tipici LAI (long acting injectable), più frequentemente in terapia dei

pazienti negativi ad alcol/sostanze, mentre le benzodiazepine più frequentemente assunte da pazienti positivi ad alcol/sostanze). Il maggiore riscontro di neurolettici tipici LAI, impiegati primariamente nel trattamento della schizofrenia, contrasta con il fatto che la letteratura evidenzia che l'abuso di sostanze è presente in almeno metà dei pazienti schizofrenici che si presentano in DEA [145]; mentre l'elevata presenza di benzodiazepine, nelle consulenze eseguite su pazienti positivi, può trovare una giustificazione nel frequente abuso di tale classe di farmaci da parte di soggetti con dipendenze, soprattutto da oppiacei [146].

Le consulenze eseguite su pazienti positivi ad alcol/sostanze hanno mostrato una più elevata percentuale di dipendenze, con una differenza statisticamente significativa rispetto alle consulenze eseguite su pazienti negativi. Perciò è stata indagata la percentuale di dipendenze da sostanze (nello specifico alcol, caffeina, cannabis, allucinogeni, sedativi/ansiolitici, stimolanti, tabacco, eroina) e comportamentali (gioco d'azzardo). Abbiamo ottenuto dei risultati statisticamente significativi relativamente all'alcol, cannabis, stimolanti, eroina ed altre sostanze non elencate, con percentuali maggiori nelle consulenze eseguite su pazienti positivi. La frequenza di consumo delle sostanze sopracitate riflette i dati pubblicati nella Relazione europea sulla droga pubblicata nel 2021: infatti la cannabis risulta la sostanza illecita più comunemente utilizzata in Europa, seguita da stimolanti (cocaina, anfetamina e metanfetamina) ed infine dall'eroina, che presenta una frequenza d'uso singolarmente maggiore rispetto alla cocaina [147].

In entrambi i campioni di consulenze, l'intervento ha avuto come esito, nella maggior parte dei casi, il ricovero volontario o in OBI, seguito dalla dimissione e dall'invio presso CSM. Questi dati non concordano con quanto riportato nel Rapporto Salute Mentale 2022 del Ministero della Salute ovvero che solo il 13.8% del totale degli accessi in Pronto Soccorso per problemi psichiatrici esita in ricovero, di cui più della metà sono accolti in SPDC, mentre il 72.3% esita a domicilio [148]. Le differenze maggiori si sono manifestate nel contesto dell'invio presso SerD o altro specialista e del ricovero in TSO, dove sono state registrate percentuali maggiori nelle consulenze eseguite su pazienti positivi ad alcol/sostanze: infatti si tratta di pazienti che più spesso hanno delle dipendenze e sintomi da intossicazione acuta che possono richiedere un trattamento sanitario obbligatorio, data la scarsa collaborazione e coscienza di malattia, con un follow up presso il SerD [137].

Punti di forza e limiti dello studio

Il presente studio è stato condotto in un arco temporale di tre anni, permettendo l'analisi longitudinale e la raccolta dei dati derivanti da 1362 consulenze psichiatriche effettuate presso il DEA dell'AOU Maggiore della Carità di Novara, su un totale di 922 pazienti. La tesi si pone come obiettivo l'analisi del fenomeno del consumo di alcol e sostanze d'abuso, allo scopo di comprendere le cause del disagio sottostante al fenomeno e poter ipotizzare delle strategie d'intervento adeguate ed efficaci, nei setting più opportuni. È stato inoltre fornito un modello di tali pazienti, individuando le più comuni caratteristiche associate. Questo studio ha quindi supportato alcuni dati della letteratura, consentendo riflessioni su quelli che invece hanno presentato un andamento differente.

Un limite del presente studio è il fatto di essere stato condotto in un unico centro (AOU Maggiore della Carità di Novara). Nonostante abbia portato dati esaustivi riguardo il fenomeno nella città di Novara e Provincia, sarebbe auspicabile estendere tale ricerca a livello regionale o nazionale, con l'obiettivo di aumentare la numerosità campionaria e valutare le differenti criticità di questo fenomeno a livello nazionale

Inoltre il ridotto campione di pazienti frequent user non ha permesso il confronto statistico con la popolazione di ordinary user poiché i campioni non sono confrontabili in termini di numerosità. Un'ulteriore difficoltà in questo contesto può essere determinata dal fatto che in letteratura non esiste una definizione univoca del concetto di frequent user, che generalmente presentano un numero di ingressi dai 3 ai 12 in un anno [1].

La variabile intossicazione da alcol/sostanze riguarda il riscontro di positività di alcolemia e/o di sostanze su urine, comprendenti riscontro di positività ad anfetamine, cannabinoidi, cocaina, oppiacei, ma anche a barbiturici e benzodiazepine, sostanze di cui i pazienti potrebbero non abusare, ma che invece potrebbero essere state scelte dai medici di emergenza urgenza per gestire lo stato di agitazione psicomotoria dei pazienti sul territorio o al momento dell'accesso in DEA, prima delle esecuzione del Drug test. Ciò, di conseguenza, potrebbe aver determinato un incremento del numero complessivo dei pazienti con stato di intossicazione da alcol e/o sostanze, includendo pazienti che non avevano ricercato attivamente la sostanza d'abuso.

Un'ulteriore limitazione riguarda il fatto che non sia stato possibile tracciare un quadro completo delle intossicazioni e delle dipendenze, dal momento che molte sostanze d'abuso, in particolare le nuove sostanze psicoattive, non vengono dosate di routine nel DEA, con un possibile riscontro di falsi negativi.

Servizi psichiatrici in Francia

Tra i mesi di marzo e maggio del 2023 ho potuto frequentare, all'interno del progetto Erasmus+ Traineeship, il reparto di psichiatria presso l'ospedale di Reims, perciò ho voluto inserire in questo progetto di tesi un breve excursus sull'organizzazione dei servizi psichiatrici in Francia per operare un confronto rispetto all'organizzazione italiana e per cogliere degli spunti di riflessione su ciò che potrebbe essere migliorato, al fine di rendere il servizio più efficiente e più attento alle necessità del paziente.

Le strutture di riferimento sono [149], [150]:

Centres médico-psychologiques (CMP): sono delle strutture localizzate in centro città, al di fuori dell'ospedale, dove si organizzano l'accoglienza e le cure per i pazienti che non necessitano di ospedalizzazione, le cure ambulatoriali, il reinserimento sociale ed il monitoraggio al domicilio del paziente. Presso il CMP lavora un'équipe multidisciplinare composta da psichiatri, infermieri, assistenti sociali, psicologi ed altri professionisti specializzati. Gli infermieri hanno il compito di effettuare la prima valutazione del paziente per comprendere la necessità di cura ed indirizzarlo verso uno psichiatra per delle consultazioni gratuite

Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP): sono centri di accoglienza a tempo parziale che hanno lo scopo di mantenere o favorire l'autonomia del paziente attraverso azioni di sostegno o terapia di gruppo. Possono rappresentare la prosecuzione dell'attività del CMP o di un'unità di ospedalizzazione a tempo pieno

Centres d'accueil et de crise: sono strutture localizzate in centro città, aperte 24 ore su 24, che permettono di accogliere, curare, orientare ed ospitare, per un breve lasso di tempo, dei pazienti che non necessitano di un ricovero immediato o di lunga durata ma che si presentano in urgenza e in fase di scompenso

Appartements thérapeutiques: sono unità di cura messe, per un periodo di tempo limitato, a disposizione di pazienti che necessitano di una presenza continua dell'équipe curante. Si

tratta di strutture maggiormente indicate per pazienti con una lunga storia psichiatrica e sociale, dal momento che le cure vengono fornite direttamente al domicilio

Foyers de post-cure: sono strutture che assicurano, dopo la fase acuta di malattia, la prosecuzione delle cure e le attività di sostegno necessarie al reinserimento sociale del paziente con il ritorno ad una vita autonoma

Hôpitaux de jour: sono localizzati nei pressi dei servizi di ospedalizzazione o del CMP, sono indicati per i pazienti che necessitano di cure regolari ma che dispongono di un proprio domicilio e che non necessitano di un'ospedalizzazione a tempo pieno

Services d'accueil et d'urgence: si tratta di servizi localizzati nell'ambito del Pronto Soccorso, dove il paziente, con sospetto di patologia psichiatrica o con una condotta anticonservativa, può essere accolto e valutato per un periodo di 24 ore, al termine delle quali può essere indirizzato verso una struttura ospedaliera o extra ospedaliera, a seconda del suo stato di malattia

Unités d'hospitalisation [151]: sono unità di cura psichiatrica localizzate all'interno di strutture pubbliche (come ospedali generali con reparti di psichiatria o ospedali psichiatrici) e di cliniche psichiatriche private. Presso queste unità lavora un'équipe multidisciplinare composta da psichiatri, infermieri, personale assistenziale, psicologi e assistenti sociali. I pazienti possono essere ricoverati a tempo pieno o parziale (ricovero diurno o notturno), in funzione delle sue necessità. Generalmente l'ammissione è effettuata su proposta del medico di medicina generale o dello psichiatra che segue il paziente.

Da tale excursus si può quindi evincere che alcune di queste soluzioni potrebbero essere applicate nel panorama sanitario italiano con una riduzione dell'impatto sul Pronto Soccorso: ad esempio i Centres d'accueil et de crise rappresentano un tipo di struttura idonea per evitare l'accesso in DEA o il ricovero in ambiente psichiatrico di pazienti con intossicazione acuta da alcol e sostanze, consentendone, una volta smaltito lo stato di intossicazione acuta, l'orientamento all'attenzione dello psichiatra ospedaliero per eventuale ricovero, nel caso in cui il paziente abbia una sintomatologia di tipo psichiatrico. Inoltre l'attivazione di un Service d'accueil et d'urgence nell'ambito del Pronto Soccorso consentirebbe una migliore collaborazione tra SPDC e DEA, garantendo una migliore valutazione del paziente in un ambiente separato e tranquillo, elemento necessario per non esacerbare lo stress e l'agitazione psicomotoria [152] [24].

5. CONCLUSIONI

Lo studio ha analizzato le caratteristiche delle consulenze effettuate su pazienti positivi e negativi ad alcol/sostanze. Come atteso, sono state evidenziate differenze tra i due campioni rispetto alle variabili sia sociodemografiche sia cliniche. In particolare bisogna porre l'attenzione sulle modalità d'accesso, la sintomatologia ed il riscontro di positività alle dipendenze, per il modo in cui influiscono sulla presa in carico del paziente e sull'esito dell'intervento. Considerando l'impatto sempre maggiore dell'abuso di sostanze, sembra necessario un adeguamento del DEA per garantire un corretto inquadramento diagnostico e trattamento di tali pazienti, limitandone la percentuale di ritorno in urgenza, con un impatto positivo sulla funzionalità del servizio. Inoltre, tale implementazione dovrebbe riguardare l'aumento dei pannelli delle sostanze e i loro metaboliti ricercati attraverso gli esami ematochimici e urinari, ma anche un contatto più stretto tra il DEA ed i servizi psichiatrici come l'SPDC ed il CSM.

Ulteriori studi sono necessari per indagare tali problematiche e per ottenere un'assistenza sanitaria sempre più efficiente e personalizzata.

6. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- [1] T. E. Locker, S. Baston, S. M. Mason, and J. Nicholl, “Defining frequent use of an urban emergency department,” *Emergency Medicine Journal*, vol. 24, no. 6, pp. 398–401, Jun. 2007, doi: 10.1136/emj.2006.043844.
- [2] J. Moe, A. L. Bailey, R. Oland, L. Levesque, and H. Murray, “Defining, quantifying, and characterizing adult frequent users of a suburban Canadian emergency department,” *Canadian Journal of Emergency Medicine*, vol. 15, no. 4, pp. 214–226, Jul. 2013, doi: 10.2310/8000.2013.130936.
- [3] Quotidiano Sanità, “Pronto soccorso: +20% di accessi.” Accessed: Oct. 10, 2023. [Online]. Available: https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=106678#:~:text=Si%20stima%20che%20rispetto%20allo,a%20campione%20sul%20territorio%20nazionale.
- [4] SIMEU, “La situazione dei pronto soccorso italiani: il sovraffollamento dovuto all’impossibilità di ricoverare i pazienti nei reparti di destinazione.” Accessed: Oct. 07, 2023. [Online]. Available: <https://www.simeu.it/w/articoli/leggiArticolo/3238/leggi>
- [5] J. H. Mandelberg, R. E. Kuhn, and M. A. Kohn, “Epidemiologic analysis of an urban, public emergency department’s frequent users,” *Academic Emergency Medicine*, vol. 7, no. 6, pp. 637–646, 2000, doi: 10.1111/j.1553-2712.2000.tb02037.x.
- [6] N. Center for Health Statistics, “National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2021 Emergency Department Summary Tables,” 2021. [Online]. Available: https://ftp.cdc.gov/pub/Health_
- [7] R. Boldrini *et al.*, “Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale,” 2021. [Online]. Available: www.salute.gov.it/statistiche
- [8] J. J. Kim, E. S. H. Kwok, O. G. Cook, and L. A. Calder, “Characterizing highly frequent users of a large Canadian urban emergency department,” *Western Journal of Emergency Medicine*, vol. 19, no. 6, pp. 926–933, 2018, doi: 10.5811/westjem.2018.9.39369.
- [9] Ministero della Salute, “Sintesi dei risultati principali - Rapporto salute mentale 2021,” 2021.
- [10] M. B. Riba and D. Ravindranath, “Clinical Manual of Emergency Psychiatry,” 2010.
- [11] P. Sarteschi and C. Maggini, *Manuale di psichiatria*. 1982.
- [12] E. Torre, P. Zeppegno, and C. Usai, *Lezioni di psichiatria e psicologia clinica*. 2010.
- [13] K. D. Nordstrom and M. P. Wilson, “Quick Guide to Psychiatric Emergencies Tools for Behavioral and Toxicological Situations,” 2018.
- [14] American Psychiatric Association. and American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force., *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*. American Psychiatric Association, 2013.

- [15] K. Mackway-Jones, *Acute Psychiatric Emergencies*. 2020.
- [16] World Health Organization., *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization, 1992.
- [17] P. Muskin, “What are Anxiety Disorders?,” American Psychiatric Association. Accessed: Oct. 24, 2023. [Online]. Available: <https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders#:~:text=Generalized%20anxiety%20disorder%20involves%20persistent,muscle%20tension%20or%20problems%20sleeping>.
- [18] National Institute of Mental Health, “Anxiety Disorders,” National Institute of Mental Health. Accessed: Oct. 24, 2023. [Online]. Available: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders>
- [19] J. Drescher, “What are Personality Disorders?,” American Psychiatric Association. Accessed: Oct. 24, 2023. [Online]. Available: <https://www.psychiatry.org/patients-families/personality-disorders/what-are-personality-disorders#:~:text=Personality%20disorders%20are%20long%2Dterm,of%20relating%20to%20other%20people>
- [20] L. Notari, C. Al Kurdi, M. Delgrande Jordan, and N. Sivanesan, “Addictions Comportementales: rapport final,” Lausanne, 2022.
- [21] D. M. Gates, C. S. Ross, and L. McQueen, “Violence against emergency department workers,” *Journal of Emergency Medicine*, vol. 31, no. 3, pp. 331–337, Oct. 2006, doi: 10.1016/j.jemermed.2005.12.028.
- [22] K. Nordstrom *et al.*, “Medical evaluation and triage of the agitated patient: Consensus statement of the American Association for emergency psychiatry project BETA Medical Evaluation Workgroup,” *Western Journal of Emergency Medicine*, vol. 13, no. 1, pp. 3–10, Feb. 2012, doi: 10.5811/westjem.2011.9.6863.
- [23] G. H. Holloman and S. L. Zeller, “Overview of project BETA: Best practices in evaluation and treatment of agitation,” *Western Journal of Emergency Medicine*, vol. 13, no. 1, pp. 1–2, Feb. 2012. doi: 10.5811/westjem.2011.9.6865.
- [24] S. L. Zeller and L. Citrome, “Managing agitation associated with schizophrenia and bipolar disorder in the emergency setting,” *Western Journal of Emergency Medicine*, vol. 17, no. 2. eScholarship, pp. 165–172, 2016. doi: 10.5811/westjem.2015.12.28763.
- [25] G. Di and S.-S. Calò, “Trattamento farmacologico delle turbe comportamentali nei servizi di emergenza psichiatrica: Protocollo minimo di riferimento nella gestione delle urgenze psichiatriche.” [Online]. Available: http://www.google.it/imgres?q=furioso+immagini&hl=it&biw=1256&bih=596&tbm=isch&tbnid=iSeX_3iHo0zEEM:&imgrefurl=http://nonciclopedia.wikia.com/wiki/File:Gatsu_furioso.jpg&docid=B__v9vS7yC3VnM&imgurl=http://images.wikia.com

- [26] J. Lin *et al.*, “Efficacy of ketamine for initial control of acute agitation in the emergency department: A randomized study,” *American Journal of Emergency Medicine*, vol. 44, pp. 306–311, Jun. 2021, doi: 10.1016/j.ajem.2020.04.013.
- [27] A. E. Eleonora Gambaro *et al.*, “Management of Psychomotor Agitation Associated with Alcohol and/or Drugs Intoxication/Withdrawal in the Emergency Department.”
- [28] M. Gottlieb, B. Long, and A. Koyfman, “Approach to the Agitated Emergency Department Patient,” *Journal of Emergency Medicine*, vol. 54, no. 4, pp. 447–457, Apr. 2018, doi: 10.1016/j.jemermed.2017.12.049.
- [29] M. Pompili, G. Ducci, A. Galluzzo, G. Rosso, C. Palumbo, and D. De Berardis, “The management of psychomotor agitation associated with schizophrenia or bipolar disorder: A brief review,” *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 18, no. 8. MDPI, Apr. 02, 2021. doi: 10.3390/ijerph18084368.
- [30] R. H. Swift, E. P. Harrigan, J. C. Cappelleri, D. Kramer, and L. P. Chandler, “Validation of the behavioural activity rating scale (BARS) TM : a novel measure of activity in agitated patients.” [Online]. Available: www.elsevier.com/locate/jpsychires
- [31] C. N. Sessler *et al.*, “The Richmond Agitation-Sedation Scale: Validity and reliability in adult intensive care unit patients,” *Am J Respir Crit Care Med*, vol. 166, no. 10, pp. 1338–1344, Nov. 2002, doi: 10.1164/rccm.2107138.
- [32] W. Kanich *et al.*, “Altered mental status: Evaluation and etiology in the ED,” *American Journal of Emergency Medicine*, vol. 20, no. 7, pp. 613–617, 2002, doi: 10.1053/ajem.2002.35464.
- [33] Sartor R., “The social impact of drug abuse on community life,” *Med Law*, 1991.
- [34] “What is the Difference Between Physical and Psychological Addiction?,” *Addiction.com*. Accessed: Oct. 20, 2023. [Online]. Available: <https://www.addictions.com/blog/what-is-the-difference-between-physical-and-psychological-addiction/>
- [35] “Cosa sono le droghe?,” *Danno.ch*. Accessed: Oct. 05, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze>
- [36] WHO, “Alcohol,” WHO. Accessed: Nov. 03, 2023. [Online]. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- [37] Istituto Superiore di Sanità, “Come sono classificati i consumatori di bevande alcoliche ai fini della sorveglianza Passi,” Osservatorio nazionale alcol. Accessed: Nov. 03, 2023. [Online]. Available: <https://www.epicentro.iss.it/passi/rapporto2010/R2010IndicatoriAlcol#:~:text=L'unit%C3%A0%20alcolica%20corrisponde%20a,gradazioni%20tipiche%20di%20queste%20bevande.>
- [38] Ministero della Salute, “Alcol, zero o il meno possibile,” Ministero della Salute. Accessed: Nov. 03, 2023. [Online]. Available:

- <https://www.salute.gov.it/portale/alcol/dettaglioContenutiAlcol.jsp?lingua=italiano&id=5526&area=alcol&menu=vuoto#:~:text=Le%20nuove%20indicazioni%20italiane%20definiscono,con%20pi%C3%B9%20di%2065%20anni>
- [39] “Legge 30 marzo 2001, n.125,” Presidenza del Consiglio dei Ministri. Accessed: Nov. 03, 2023. [Online]. Available: <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2001;125>
- [40] “Art. 689 - Somministrazione di bevande alcoliche a minori o infermi di mente,” Codice Penale. Accessed: Nov. 03, 2023. [Online]. Available: <https://www.altalex.com/documents/news/2014/08/25/delle-contravvenzioni-di-polizia>
- [41] C. Collicelli, “Stili di consumo tra rischio e piacere,” Jan. 2011.
- [42] Istituto Superiore di Sanità, “Binge drinking, lo sballo del sabato sera: i dati del sistema di sorveglianza Passi,” Istituto Superiore di Sanità. Accessed: Nov. 03, 2023. [Online]. Available: https://www.epicentro.iss.it/alcol/adp08_passi#:~:text=%C3%88%20questo%20l'id entikit%20del,sballo%E2%80%9D%20soprattutto%20nel%20fine%20settimana.
- [43] “Alcol,” Danno.ch. Accessed: Nov. 03, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/alcol>
- [44] Ministero della Salute, “I danni dell'alcol,” Ministero della Salute. Accessed: Nov. 03, 2023. [Online]. Available: <https://www.salute.gov.it/portale/alcol/dettaglioContenutiAlcol.jsp?lingua=italiano&id=2346&area=alcol&menu=vuoto>
- [45] A. Mirijello *et al.*, “Identification and management of alcohol withdrawal syndrome,” *Drugs*, vol. 75, no. 4, pp. 353–365, 2015, doi: 10.1007/s40265-015-0358-1.
- [46] G. Sechi and A. Serra, “Wernicke’s encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management,” 2007. [Online]. Available: <http://neurology.thelancet.comVol>
- [47] A. Chandrakumar, A. Bhardwaj, and G. W. ‘t Jong, “Review of thiamine deficiency disorders: Wernicke encephalopathy and Korsakoff psychosis,” *J Basic Clin Physiol Pharmacol*, vol. 30, no. 2, pp. 153–162, 2019.
- [48] “Alcohol’s Effects on the Body,” National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Accessed: Nov. 03, 2023. [Online]. Available: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/alcohols-effects-body>
- [49] “Canapa,” Danno.ch. Accessed: Nov. 04, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/canapa>
- [50] “Cannabis e cannabinoidi,” Istituto Superiore di Sanità. Accessed: Nov. 04, 2023. [Online]. Available: <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/c/cannabis-e-cannabinoidi>

- [51] “Cannabinoidi sintetici,” Danno.ch. Accessed: Nov. 04, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/cannabinoidi-sintetici>
- [52] “Ketamina,” Danno.ch. Accessed: Nov. 04, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/ketamina>
- [53] Y. Liu, D. Lin, B. Wu, and W. Zhou, “Ketamine abuse potential and use disorder,” *Brain Research Bulletin*, vol. 126. Elsevier Inc., pp. 68–73, Sep. 01, 2016. doi: 10.1016/j.brainresbull.2016.05.016.
- [54] “LSD,” Danno.ch. Accessed: Nov. 04, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/lsd>
- [55] M. E. Liechti, “Modern Clinical Research on LSD,” *Neuropsychopharmacology*, vol. 42, no. 11. Nature Publishing Group, pp. 2114–2127, Oct. 01, 2017. doi: 10.1038/npp.2017.86.
- [56] “Mescalina,” Danno.ch. Accessed: Nov. 04, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/mescalina>
- [57] I. A. Vamvakopoulou, K. A. D. Narine, I. Campbell, J. R. B. Dyck, and D. J. Nutt, “Mescaline: The forgotten psychedelic,” *Neuropharmacology*, vol. 222. Elsevier Ltd, Jan. 01, 2023. doi: 10.1016/j.neuropharm.2022.109294.
- [58] “Psilocibina,” Danno.ch. Accessed: Nov. 04, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/psilocibina-funghi-allucinogeni>
- [59] F. Tylš, T. Páleníček, and J. Horáček, “Psilocybin - Summary of knowledge and new perspectives,” *European Neuropsychopharmacology*, vol. 24, no. 3. pp. 342–356, Mar. 2014. doi: 10.1016/j.euroneuro.2013.12.006.
- [60] “DMT/5-MeO-DMT,” Danno.ch. Accessed: Nov. 04, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/dmt-5-meo-dmt>
- [61] E. Domínguez-Clavé *et al.*, “Ayahuasca: Pharmacology, neuroscience and therapeutic potential,” *Brain Research Bulletin*, vol. 126. Elsevier Inc., pp. 89–101, Sep. 01, 2016. doi: 10.1016/j.brainresbull.2016.03.002.
- [62] “DOM/DOI/DOB/DOC,” Danno.ch. Accessed: Nov. 04, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/dom-doi-dob-doc>
- [63] “NBOMe,” Danno.ch. Accessed: Nov. 04, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/nbome>
- [64] C. Kyriakou *et al.*, “NBOMe: new potent hallucinogens-pharmacology, analytical methods, toxicities, fatalities: a review,” 2015.
- [65] “Solanacee psicoattive,” Danno.ch. Accessed: Nov. 04, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/solanacee-psicoattive>
- [66] “Benzodiazepine,” Danno.ch. Accessed: Nov. 07, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/benzodiazepine>

- [67] “Canapa CBD,” Danno.ch. Accessed: Nov. 07, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/canapa-cbd>
- [68] “Codeina,” Danno.ch. Accessed: Nov. 07, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/codeina>
- [69] “Destrometorfano (DXM),” Danno.ch. Accessed: Nov. 07, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/dxm>
- [70] “Eroina,” Danno.ch. Accessed: Nov. 07, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/eroina>
- [71] “Eroina: effetti,” Dronet.org. Accessed: Nov. 07, 2023. [Online]. Available: http://www.dronet.org/sostanze/sos.php?codice=8&titolo=¶grafo_ordine=6
- [72] “GHB-GBL,” Danno.ch. Accessed: Nov. 07, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/ghb-gbl>
- [73] L. Dufayet *et al.*, “Gamma-hydroxybutyrate (GHB), 1,4-butanediol (1,4BD), and gamma-butyrolactone (GBL) intoxication: A state-of-the-art review,” *Regulatory Toxicology and Pharmacology*, vol. 142. Academic Press Inc., Aug. 01, 2023. doi: 10.1016/j.yrtph.2023.105435.
- [74] “Neurolettici,” Danno.ch. Accessed: Nov. 07, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/neurolettici>
- [75] “Oppio,” Danno.ch. Accessed: Nov. 07, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/oppio>
- [76] “Oppiacei,” Danno.ch. Accessed: Nov. 07, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/oppiacei>
- [77] S. Wang, “Historical Review: Opiate Addiction and Opioid Receptors,” *Cell Transplantation*, vol. 28, no. 3. SAGE Publications Ltd, pp. 233–238, Mar. 01, 2019. doi: 10.1177/0963689718811060.
- [78] “Popper,” Danno.ch. Accessed: Nov. 07, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/popper>
- [79] “Ecstasy - MDMA,” Danno.ch. Accessed: Nov. 10, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/ecstasy-mdma>
- [80] G. Costa and K. Gołembiowska, “Neurotoxicity of MDMA: Main effects and mechanisms,” *Exp Neurol*, vol. 347, Jan. 2022, doi: 10.1016/j.expneurol.2021.113894.
- [81] “Ecstasy - MDMA e prodotti di taglio,” Danno.ch. Accessed: Nov. 10, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/ecstasy-mdma-e-prodotti-di-taglio>
- [82] “M-CPP,” Danno.ch. Accessed: Nov. 10, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/m-cpp>
- [83] “MDA,” Danno.ch. Accessed: Nov. 10, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/mda>

- [84] “MDAI,” Danno.ch. Accessed: Nov. 10, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/mdai>
- [85] “MDEA,” Danno.ch. Accessed: Nov. 10, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/mdea>
- [86] “MDPV,” Danno.ch. Accessed: Nov. 10, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/mdpv>
- [87] M. H. Baumann *et al.*, “Neuropharmacology of 3,4-Methylenedioxypropylamphetamine (MDPV), Its Metabolites, and Related Analogs,” in *Neuropharmacology of New Psychoactive Substances (NPS): The Science Behind the Headlines*, Springer International Publishing, 2017.
- [88] “Metilone,” Danno.ch. Accessed: Nov. 10, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/metilone>
- [89] L. Poyatos *et al.*, “Pharmacological effects of methylone and MDMA in humans,” *Front Pharmacol*, vol. 14, 2023, doi: 10.3389/fphar.2023.1122861.
- [90] “PMA/PMMA,” Danno.ch. Accessed: Nov. 10, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/pma-pmma>
- [91] M. S. Al-Samarraie, M. Vevelstad, I. Le Nygaard, L. Bachs, and J. Mørland, “Intoxication with Paramethoxymethamphetamine,” *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, Mar. 2013, doi: <https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.0417>.
- [92] “TFMPP,” Danno.ch. Accessed: Nov. 10, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/tfmpp>
- [93] “Cocaina,” Danno.ch. Accessed: Nov. 11, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/cocaina>
- [94] R. Roque Bravo *et al.*, “Cocaine: An Updated Overview on Chemistry, Detection, Biokinetics, and Pharmacotoxicological Aspects including Abuse Pattern,” *Toxins*, vol. 14, no. 4. MDPI, Apr. 01, 2022. doi: 10.3390/toxins14040278.
- [95] “Cocaina e prodotti di taglio,” Danno.ch. Accessed: Nov. 11, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/cocaina-e-prodotti-di-taglio>
- [96] “Anfetamina - Speed,” Danno.ch. Accessed: Nov. 11, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/anfetamina-speed>
- [97] D. J. Heal, S. L. Smith, J. Gosden, and D. J. Nutt, “Amphetamine, past and present – a pharmacological and clinical perspective,” *Journal of Psychopharmacology*, vol. 27, no. 6, pp. 479–496, 2013, Accessed: Nov. 11, 2023. [Online]. Available: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0269881113482532>
- [98] “Anfetamina - Speed e prodotti di taglio,” Danno.ch. Accessed: Nov. 11, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/anfetamina-speed-e-prodotti-di-taglio>
- [99] “Metanfetamina,” Danno.ch. Accessed: Nov. 11, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/metanfetamina>

- [100] “Efedrina,” Danno.ch. Accessed: Nov. 11, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/efedrina>
- [101] “Ritalin - Concerta,” Danno.ch. Accessed: Nov. 11, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/ritalin-concerta>
- [102] “2-FA/3-FA/4-FA,” Danno.ch. Accessed: Nov. 11, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/2-fa-3-fa-4-fa>
- [103] “2C-B/2C-X,” Danno.ch. Accessed: Nov. 11, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/2c-b-2c-x>
- [104] “Khat,” Danno.ch. Accessed: Nov. 11, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/khat>
- [105] B. Silva, J. Soares, C. Rocha-Pereira, P. Mladěnka, F. Remião, and On Behalf Of The Oeonom Researchers, “Khat, a Cultural Chewing Drug: A Toxicokinetic and Toxicodynamic Summary,” *Toxins*, vol. 14, no. 2. NLM (Medline), Jan. 20, 2022. doi: 10.3390/toxins14020071.
- [106] “Mefedrone,” Danno.ch. Accessed: Nov. 11, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/mefedrone>
- [107] J. Mead and A. Parrott, “Mephedrone and MDMA: A comparative review,” *Brain Res*, vol. 1735, May 2020, doi: 10.1016/j.brainres.2020.146740.
- [108] “PCP,” Danno.ch. Accessed: Nov. 15, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/pcp>
- [109] “Gas esilarante,” Danno.ch. Accessed: Nov. 15, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/gas-esilarante>
- [110] “Metoxetamina,” Danno.ch. Accessed: Nov. 15, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/metoxetamina>
- [111] J. B. Zawilska, “Methoxetamine - a novel recreational drug with potent hallucinogenic properties,” *Toxicology Letters*, vol. 230, no. 3. Elsevier Ireland Ltd, pp. 402–407, Nov. 04, 2014. doi: 10.1016/j.toxlet.2014.08.011.
- [112] “Salvia divinorum,” Danno.ch. Accessed: Nov. 15, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/salvia-divinorum>
- [113] R. Mahendran, H. A. Lim, J. Y. S. Tan, S. M. Chua, and M. Winslow, “Salvia divinorum: An overview of the usage, misuse, and addiction processes,” *Asia-Pacific Psychiatry*, vol. 8, no. 1, pp. 23–31, 2016, Accessed: Nov. 15, 2023. [Online]. Available: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/appy.12225>
- [114] “Caffeina,” Danno.ch. Accessed: Nov. 15, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/caffeina>
- [115] EFSA, “Caffeine,” European Food Safety Authority. Accessed: Nov. 15, 2023. [Online]. Available: <https://www.efsa.europa.eu/en/topics/topic/caffeine>

- [116] “Tabacco - Nicotina,” Danno.ch. Accessed: Nov. 15, 2023. [Online]. Available: <https://danno.ch/sostanze/tabacco-nicotina>
- [117] “I danni del fumo,” Ministero della Salute. Accessed: Nov. 15, 2023. [Online]. Available: <https://www.salute.gov.it/portale/fumo/dettaglioContenutiFumo.jsp?lingua=italiano&id=5580&area=fumo&menu=vuoto>
- [118] UFSP, “Dipendenze comportamentali,” Ufficio Federale della Sanità Pubblica svizzera. Accessed: Nov. 15, 2023. [Online]. Available: <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/verhaltenssuechte.html>
- [119] N. D. Volkow, M. Michaelides, and R. Baler, “The Neuroscience of Drug Reward and Addiction,” *Physiol Rev*, vol. 99, no. 4, pp. 2115–2140, 2019, Accessed: Nov. 15, 2023. [Online]. Available: <https://journals.physiology.org/doi/abs/10.1152/physrev.00014.2018>
- [120] A. Tundo, “Dipendenze comportamentali,” Istituto di Psicopatologia. Accessed: Nov. 15, 2023. [Online]. Available: <https://www.istitutodipsicopatologia.it/di-cosa-ci-occupiamo/dipendenze-comportamentali/>
- [121] G. Fradà, *Semeiotica medica nell’adulto e nell’anziano*, VI. Piccin, 2018.
- [122] P. H. Wang, H. Y. Lin, P. Y. Chang, and W. C. Lien, “Focused assessment with sonography for trauma,” *Journal of Medical Ultrasound*, vol. 29, no. 3. Wolters Kluwer Medknow Publications, pp. 151–153, Jul. 01, 2021. doi: 10.4103/jmu.jmu_128_21.
- [123] C. Chabert and B. Verdon, *Psychologie clinique et psychopathologie*, II. Presses Universitaires de France, 2020.
- [124] AESP, “Guide pratique pour une observation médicale en psychiatrie,” Association Enseignement Sémiologie Psychiatrique. Accessed: Nov. 25, 2023. [Online]. Available: http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2016/06/observation-m%C3%A9dicale-en-psychiatrie_aesp.pdf
- [125] G. Di Sciascio and S. Calò, “Trattamento farmacologico delle turbe comportamentali nei servizi di emergenza psichiatrica,” Società Italiana di Psichiatria. Accessed: Nov. 25, 2023. [Online]. Available: <https://www.psichiatria.it/wp-content/uploads/2013/03/PMR-Guido-Di-Sciascio-Salvatore-Calo.pdf>
- [126] “D.P.R. 7 aprile 1994 ‘Tutela della salute mentale 1994-1996,’” Gazzetta ufficiale della Repubblica Italiana. Accessed: Nov. 26, 2023. [Online]. Available: https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1994-04-22&atto.codiceRedazionale=094A2566&elenco30giorni=false
- [127] “La rete dei servizi per la salute mentale,” Ministero della Salute. Accessed: Nov. 26, 2023. [Online]. Available:

<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=vuoto>

- [128] “D.P.R. 10 novembre 1999 ‘Tutela della salute mentale 1998-2000,’” *Gazzetta ufficiale della Repubblica Italiana*. Accessed: Nov. 26, 2023. [Online]. Available: https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1999-11-22&atto.codiceRedazionale=099A9917&elenco30giorni=false
- [129] A. White, “Gender Differences in the Epidemiology of Alcohol Use and Related Harms in the United States,” *Alcohol Res*, vol. 40, no. 2, 2020, doi: 10.35946/arcr.v40.2.01.
- [130] M. Savic, S. F. Barker, D. Best, and D. I. Lubman, “Alcohol problems among migrants in substance use treatment: the role of drinking patterns in countries of birth,” *Aust J Prim Health*, vol. 20, no. 3, p. 220, 2014, doi: 10.1071/PY14028.
- [131] C. Gramaglia *et al.*, “Pathways to and Results of Psychiatric Consultation for Patients Referred from the Emergency Department. Are there Differences between Migrant and Native Patients?,” *Transcult Psychiatry*, vol. 56, no. 1, pp. 167–186, Feb. 2019, doi: 10.1177/1363461518798844.
- [132] “Cittadinanza e provenienza - Stranieri per zona di provenienza,” *Rupar Piemonte*. Accessed: Mar. 03, 2024. [Online]. Available: http://www.ruparpiemonte.it/infostat/filtri.jsp?idReport=S_CITT_TAB_ZP
- [133] G. Scholes, “Problematic alcohol consumption in homeless Australians: A narrative review of the causes, barriers to receiving help and possible solutions,” *Health Promotion Journal of Australia*, vol. 31, no. 2, pp. 279–286, Apr. 2020, doi: 10.1002/hpja.289.
- [134] R. J. Evans-Polce, B. J. Jang, J. L. Maggs, and M. E. Patrick, “Gender and age differences in the associations between family social roles and excessive alcohol use,” *Soc Sci Med*, vol. 244, p. 112664, Jan. 2020, doi: 10.1016/j.socscimed.2019.112664.
- [135] S. De Sio *et al.*, “Alcohol consumption and employment: A cross-sectional study of office workers and unemployed people,” *PeerJ*, vol. 2020, no. 3, 2020, doi: 10.7717/peerj.8774.
- [136] C. J. Cherpitel, J. Bond, Y. Ye, G. Borges, S. Macdonald, and N. Giesbrecht, “A cross-national meta-analysis of alcohol and injury: data from the Emergency Room Collaborative Alcohol Analysis Project (ERCAAP),” 2003.
- [137] S. M. H. Verheesen, F. ten Doesschate, M. A. van Schijndel, R. J. van der Gaag, W. Cahn, and J. A. van Waarde, “Intoxicated persons showing challenging behavior demand complexity interventions: a pilot study at the interface of the ER and the complexity intervention unit,” *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, vol. 271, no. 5, pp. 903–913, Aug. 2021, doi: 10.1007/s00406-020-01162-7.
- [138] F. Caputo *et al.*, “Diagnosis and treatment of acute alcohol intoxication and alcohol withdrawal syndrome: position paper of the Italian Society on Alcohol,” *Intern*

- Emerg Med*, vol. 14, no. 1, pp. 143–160, Jan. 2019, doi: 10.1007/s11739-018-1933-8.
- [139] G. Borges and H. Rosovsky, “Suicide attempts and alcohol consumption in an emergency room sample,” *J Stud Alcohol*, vol. 57, no. 5, pp. 543–548, Sep. 1996, doi: 10.15288/jsa.1996.57.543.
- [140] C. Gandin *et al.*, “Nota SISMA, a cura di Emanuele Scafato ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA’ SISMA-SISTEMA MONITORAGGIO ALCOL (DPCM 3/3/2017) Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) Centro Nazionale Dipendenze e Doping.”
- [141] C. Roncero *et al.*, “Inhaled Loxapine for Agitation in Intoxicated Patients: A Case Series,” *Clin Neuropharmacol*, vol. 40, no. 6, pp. 281–285, Nov. 2017, doi: 10.1097/WNF.0000000000000252.
- [142] J.-P. Lang, M.-L. Bonnewitz, M. Kusterer, and L. Lalanne-Tongio, “Usage d’alcool chez les patients souffrant de troubles psychiatriques : quelles évaluations ? Quelle prise en soin ?,” *Encephale*, vol. 40, no. 4, pp. 301–307, Sep. 2014, doi: 10.1016/j.encep.2014.07.008.
- [143] V. Manna, M. T. Daniele, and M. Pinto, “Psicosi e dipendenze patologiche da sostanze: verso un approccio integrato multi-modale,” *Journal of Psychopathology*. Accessed: Mar. 03, 2024. [Online]. Available: <https://old.jpsychopathol.it/article/psicosi-e-dipendenze-patologiche-da-sostanze-verso-un-approccio-integrato-multi-modale/>
- [144] R. Mendoza, B. L. Miller, and I. Mena, “Emergency Room Evaluation of Cocaine-Associated Neuropsychiatric Disorders 4.”
- [145] by R. Mark Serper, J. C-Y Chou, M. H. Allen, P. Czobor, and R. Cancro, “Symptomatic Overlap of Cocaine Intoxication and Acute Schizophrenia at Emergency Presentation.” [Online]. Available: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/25/2/387/1919149>
- [146] “L’uso improprio di benzodiazepine tra i consumatori di oppiacei ad alto rischio in Europa. Rapporto dell’Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (EMCDDA),” AIFA. Accessed: Mar. 03, 2024. [Online]. Available: <https://www.aifa.gov.it/-/l-uso-improprio-di-benzodiazepine-tra-i-consumatori-di-oppiacei-ad-alto-rischio-in-europa-rapporto-dell-osservatorio-europeo-delle-droghe-e-delle-toss>
- [147] “Relazione europea sulla droga. Tendenze e sviluppi,” 2021.
- [148] Ministero della Salute, “Sintesi dei risultati principali - Rapporto salute mentale 2022,” 2022.
- [149] “L’organisation de la Psychiatrie,” GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences . Accessed: Nov. 26, 2023. [Online]. Available: <https://www.ghu-paris.fr/fr/lorganisation-de-la-psychiatrie>

- [150] “L’unité d’hospitalisation à temps complet,” Fiche Ide. Accessed: Nov. 26, 2023. [Online]. Available: <https://www.fiches-ide.fr/cours/ue-1-sciences-humaines-sociales-droit/ue-1-3-legislation-ethique-deontologie/lunite-dhospitalisation-a-temps-complet/>
- [151] “Les unités d’hospitalisation,” Ministère de la Santé. Accessed: Nov. 26, 2023. [Online]. Available: <https://www.sante.fr/unite-dhospitalisation>
- [152] “Care of the Psychiatric Patient in the Emergency Department-A Review of the Literature,” 2014. [Online]. Available: <http://www.treatmentadvocacycenter.org/legal-resources/state-standards/emergency-hospitalization-for->

7. APPENDICE

Tabella 1.

Codice fiscale	
Nome e cognome	
Data di consulenza	
Motivo prevalente della richiesta	1 = problematica psichiatrica
	2 = problematica organica
	3 = motivo sociale/legale
	. = dato mancante
Congruità con il motivo della richiesta	1 = sì 0 = no
Codice priorità	1 = bianco
	2 = verde
	3 = azzurro
	4 = giallo
	5 = rosso
	. = dato mancante
Data di nascita	Data
Età	Numero
Sesso	1 = maschio
	2 = femmina
	3 = altro
Paese di nascita	Nome del paese
Nazionalità	1 = UE
	2 = Europa non UE
	3 = Africa del Nord
	4 = Africa Centro-Sud
	5 = Asia Centro-Nord
	6 = Asia del Sud
	7 = America del Nord
	8 = America Centro-Sud
	9 = Oceania
	. = dato mancante
Residenza	1 = Novara e comuni confinanti
	2 = provincia di Novara
	3 = altre province del Piemonte
	4 = regioni confinanti
	5 = altre regioni italiane
	6 = estero
	7 = apolide
	. = dato mancante
Da chi è inviato	1 = paziente stesso
	2 = familiari/educatori
	3 = psichiatra/medico del SERD
	4 = altro specialista
	5 = MMG/118
	6 = forze dell'ordine
. = dato mancante	

Con chi vive	1 = solo	
	2 = famiglia propria/di origine	
	3 = comunità/carcere	
	4 = senza fissa dimora	
	. = dato mancante	
Stato civile	1 = nubile/celebe	
	2 = coniugato/convivente	
	3 = separato	
	4 = divorziato	
	5 = vedovo	
. = dato mancante		
Scolarità	0 = nessuna	
	1 = licenza elementare	
	2 = licenza media	
	3 = diploma professionale	
	4 = diploma scuola superiore	
	5 = laurea	
	6 = dottorato di ricerca	
	7 = altro	
. = dato mancante		
Professione	1 = mai occupato	
	2 = studente	
	3 = lavoratore dipendente	
	4 = lavoratore autonomo	
	5 = casalinga	
	6 = pensionato	
	7 = disoccupato	
	. = dato mancante	
Precedenti psichiatrici	1 = sì	0 = no
Precedenti presso SERD	1 = sì	0 = no
Precedenti ricoveri psichiatrici	1 = sì	0 = no
Seguito nell'attualità dal punto di vista psichiatrico	1 = sì	0 = no
Seguito nell'attualità dal SERD	1 = sì	0 = no
Patologie psichiatriche – DSM 5	0 = non patologie note	
	1 = disturbi del neurosviluppo	
	2 = spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici	
	3 = disturbi bipolari e correlati	
	4 = disturbi depressivi	
	5 = disturbi d'ansia	
	6 = disturbi ossessivi e compulsivi e correlati	
	7 = disturbi correlati a trauma e stress	
	8 = disturbi dissociativi	
	9 = sintomi somatici e disturbi correlati	
	10 = alimentazione e disturbi alimentari	
	11 = disturbi del sonno veglia	
12 = disforia di genere		

	13 = disturbi dirompenti del controllo degli impulsi
	14 = disturbi correlati a sostanze e dipendenza
	15 = disturbi neurocognitivi
	16 = disturbi di personalità
	17 = altri disturbi mentali
	18 = disturbi indotti da farmaci e altri effetti avversi dei farmaci
	. = dato mancante
Terapia psicofarmacologica	1 = sì 0 = no
Neurolettici tipici orali	
Neurolettici tipici LAI	
Neurolettici atipici orali	
Neurolettici atipici LAI	
Antidepressivi	
Benzodiazepine	
Stabilizzatori del tono dell'umore	
Anticonvulsivanti	
Anticolinergici/antistaminici	
Altro	
Presenza di comorbidità	0 = nessuna
	1 = una
	2 = più di una
	. = dato mancante
Comorbidità organiche	1 = anemia
	2 = allergie
	3 = decadimento cognitivo
	4 = deficit cognitivo
	5 = deficit della deambulazione
	6 = diabete mellito 1
	7 = diabete mellito 2
	8 = fratture e traumi
	9 = ipercolesterolemia
	10 = ipertensione arteriosa
	11 = obesità/cachessia
	12 = malattie autoimmuni
	13 = malattie cardiovascolari
	14 = malattie dermatologiche
	15 = malattie endocrinologiche
	16 = malattie epatiche
	17 = malattie gastroenterologiche
	18 = malattie genetiche
	19 = malattie infettive
	20 = malattie infiammatorie
	21 = malattie neurologiche
	22 = malattie ortopediche
	23 = malattie polmonari
	24 = malattie reumatologiche

	25 = malattie urogenitali
	26 = tumori benigni
	27 = tumori maligni
	28 = altro
	# = dato non pertinente
	. = dato mancante
Comorbidità organica 1	
Comorbidità organica 2	
Comorbidità organica 3	
Comorbidità organica 4	
Comorbidità organica 5	
Assume terapia medica	1 = sì 0 = no
Farmaci	1 = antidolorifici non FANS
	2 = antidolorifici FANS
	3 = oppiacei
	4 = insulina
	5 = pillola EP
	6 = apparato digerente e metabolismo
	7 = sangue e tessuto emopoietico
	8 = apparato circolatorio
	9 = dermatologici
	10 = urogenitali
	11 = ormoni sintetici ed endocrinologici
	12 = infettivologici
	13 = antineoplastici
	14 = neurologici
	15 = antiparassitari ed antifungini
	16 = pneumologici
	17 = antistaminici
	18 = per organi di senso
	19 = farmaci per abuso
	20 = altro
	# = dato non pertinente
	. = dato mancante
Farmaco 1	
Farmaco 2	
Farmaco 3	
Farmaco 4	
Farmaco 5	
Dipendenze	1 = alcol
	2 = caffeina
	3 = cannabis
	4 = allucinogeni
	5 = sedativi, ipnotici, ansiolitici
	6 = stimolanti
	7 = tabacco
	8 = gioco d'azzardo
	9 = eroina

	10 = altro	
	# = dato non pertinente	
	. = dato mancante	
Dipendenza 1		
Dipendenza 2		
Dipendenza 3		
Alcolemia (> 0.5 ng/ml)	1 = sì	0 = no
Barbiturici + su urine	1 = sì	0 = no
Benzodiazepine + su urine	1 = sì	0 = no
Anfetamine + su urine	1 = sì	0 = no
Cannabinoidi + su urine	1 = sì	0 = no
Oppiacei + su urine	1 = sì	0 = no
Cocaina/metaboliti + su urine	1 = sì	0 = no
Ideazione suicidaria	1 = sì	0 = no
Gesto autolesivo	1 = sì	0 = no
Volontà anticonservativa	1 = sì	0 = no
Agito a corto circuito	1 = sì	0 = no
Tipologia di agito	1 = ingestione	
	2 = ferite da taglio con sutura	
	3 = ferite da taglio senza sutura	
	4 = defenestramento/caduta dall'alto	
	5 = impiccagione	
	6 = altro	
	# = dato non pertinente	
Tipologia di ingestione	1 = sostanze chimiche non farmaci	
	2 = benzodiazepine	
	3 = neurolettici	
	4 = antidepressivi	
	5 = stabilizzanti dell'umore	
	6 = poliassunzione	
	7 = altro	
# = dato non pertinente		
Tipo di terapia in acuto	1 = neurolettici per os	
	2 = neurolettici ev/im	
	3 = benzodiazepine per os	
	4 = benzodiazepine ev/im	
	5 = politerapia	
	6 = altro	
. = non terapia in acuto		
Sintomatologia principale	1 = stato ansioso	
	2 = agitazione psicomotoria (non per sostanze)	
	3 = alterazioni del timismo	
	4 = sintomatologia psicotica	
	5 = alterazioni cognitive	
	6 = intossicazione	
	7 = EO psichico negativo	
	8 = altro	

	. = dato mancante
Esito dell'intervento	1 = ricovero in TSO
	2 = ricovero volontario
	3 = invio presso CSM
	4 = invio presso SERD
	5 = valutazione di altro specialista
	6 = OBI
	7 = dimissione
	8 = dimissione volontaria
	. = dato mancante

Tabella 2.

NAZIONALITÀ	NUMERO DI PAZIENTI	PERCENTUALE
Italia	1145	87.27%
Albania	31	2.36%
Bangladesh	6	0.46%
Brasile	5	0.38%
Camerun	1	0.08%
Cina	4	0.30%
Costa d'Avorio	2	0.15%
Ecuador	3	0.23%
Egitto	3	0.23%
Eritrea	7	0.53%
Francia	2	0.15%
Gabon	1	0.08%
Gambia	1	0.08%
Georgia	1	0.08%
Ghana	2	0.15%
Guinea-Bissau	1	0.08%
India	4	0.30%
Lituania	1	0.08%
Mali	1	0.08%
Marocco	9	0.69%
Maurizius	1	0.08%
Nepal	2	0.15%

Nigeria	21	1.60%
Pakistan	10	0.76%
Peru	2	0.15%
Polonia	2	0.15%
Portogallo	1	0.08%
Repubblica Dominicana	1	0.08%
Romania	12	0.91%
Russia	2	0.15%
San Marino	1	0.08%
Senegal	4	0.30%
Serbia	2	0.15%
Slovacchia	2	0.15%
Spagna	1	0.08%
Sri Lanka	1	0.08%
Svizzera	1	0.08%
Tunisia	5	0.38%
Ucraina	8	0.61%
Ungheria	1	0.08%
Uruguay	1	0.08%
Venezuela	1	0.08%
TOTALE	1312	100.00%

Tabella 4.

Differenza di giorni tra gli accessi	Numero di pazienti	Percentuale
3	1	2.70%
16	1	2.70%
26	1	2.70%
28	1	2.70%
40	1	2.70%
42	1	2.70%
45	1	2.70%

47	1	2.70%
49	1	2.70%
58	1	2.70%
75	1	2.70%
81	1	2.70%
94	1	2.70%
96	1	2.70%
118	1	2.70%
141	1	2.70%
157	1	2.70%
159	1	2.70%
163	1	2.70%
166	1	2.70%
180	1	2.70%
241	1	2.70%
258	1	2.70%
259	1	2.70%
276	1	2.70%
280	1	2.70%
282	1	2.70%
287	1	2.70%
293	1	2.70%
301	1	2.70%
306	1	2.70%
319	1	2.70%
332	1	2.70%
338	1	2.70%
341	1	2.70%
347	1	2.70%
354	1	2.70%
TOTALE	37	100.00%

