



PATOLOGIA PSICHIATRICA E MEDICINA DI BASE

ORDINE DEI MEDICI DI CHIETI – 3 e 10/11/2022 e 19/01/2023

Dott. Daniele De Donatis

Specialista in Psichiatria, Specialista in Neurologia, Psicoterapeuta

Dirigente Medico I livello DSM ASL Pescara SPDC OC Pescara

daniele.dedonatis@asl.pe.it - daniele.dedonatis@gmail.com

Web page: www.dedonatis.it - Cell. 3391221235

NORMALITA', DISAGIO PSICHICO E PATOLOGIA PSICHIATRICA

INCONTRO del 3/11/2022

NORMALITA', DISAGIO PSICHICO, PATOLOGIA PSICHIATRICA

Ciò si ritiene normale nella nostra società, come riconoscere di uno stato di sofferenza e disagio psichico, quando ci troviamo di fronte ad una vera e propria patologia psichiatrica

GESTIONE DEL COMPORTAMENTO, BASI NEUROFISIOLOGICHE E PSICOLOGICHE

Circuiti neurofisiologici alla base del comportamento umano, manifestazioni intrapsichiche e comportamentali degli stati psichici, accenni alle loro alterazioni endogene ed esogene

PRESA IN CARICO DEL DISAGIO PSICHICO E RUOLO DEL MMG

Consigli su come approcciare nell'ambulatorio di medicina generale la richiesta di un paziente che manifesta un disagio psichico o una patologia psichiatrica oppure la richiesta di familiari che segnalano un disagio psichico o una patologia psichiatrica per un loro congiunto

CASI CLINICI DI CONSULENZE IN PS

Casi invio in PS appropriati ma anche inappropriati cioè risolvibili in modo meno traumatico

NORMALITA', DISAGIO PSICHICO E PATOLOGIA PSICHIATRICA

INCONTRO del 10/11/2022

LEGGE 180 del 1978

Gli obiettivi che si prefigge la legge 180 e l'organizzazione della rete dei Servizi per la Salute Mentale

ASO – ACCERTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO

Procedura dell'ASO, elementi clinici di base che ne rendono possibile l'esecuzione, diritti del paziente in quanto cittadino difeso dalla Costituzione

TSO – TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO

Procedura del TSO, elementi clinici di base che ne rendono possibile l'esecuzione, diritti del paziente in quanto cittadino difeso dalla Costituzione

CASI CLINICI DI CONSULENZE IN PS

Casi in PS appropriati ma anche inappropriati cioè non convalidati per vizio di forma o risolvibili in modo meno traumatico

NORMALITA', DISAGIO PSICHICO E PATOLOGIA PSICHIATRICA

INCONTRO del 17/11/2022

GESTIONE DEL PAZIENTE VIOLENTO

La malattia mentale fa paura proprio per le sue manifestazioni violente e antisociali, quindi è importante riuscire ad approcciare in modo adeguato questi comportamenti

GESTIONE DELLA FAMIGLIA DEL PAZIENTE PSICHIATRICO

La famiglia è il sostegno più importante per il paziente psichiatrico e va curata e attenzionata come il congiunto affetto da patologia psichiatrica

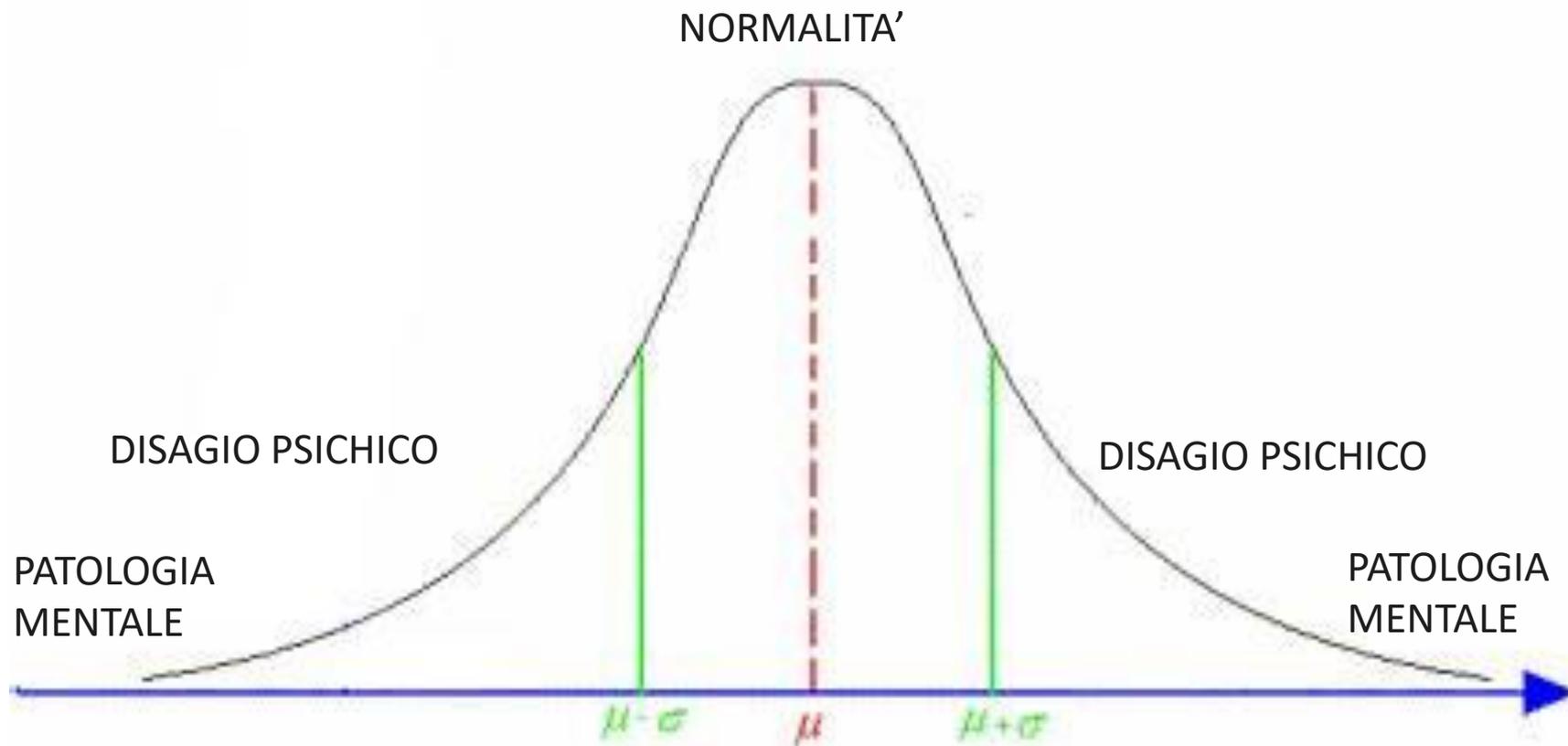
AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO E INTERVENTI LEGALI

Per sostenere nel tempo l'aiuto al paziente psichiatrico e stabilizzare la patologia e il suo contesto psicosociale spesso abbiamo bisogno di questi interventi

CASI CLINICI DI CONSULENZE IN PS

Casi in PS che hanno coinvolto in modo significativo la famiglia e/o l'Amministratore di Sostegno in modo appropriato o, a volte inappropriato, cioè risolvibile in modo meno traumatico

NORMALITA', DISAGIO PSICHICO E PATOLOGIA PSICHIATRICA



DISTRIBUZIONE NORMALE (Carl Friedrich Gauss)

NORMALITA', DISAGIO PSICHICO E PATOLOGIA PSICHIATRICA

NORMALITA'

Ciò che è o si ritiene normale, cioè regolare e consueto, non eccezionale o casuale o patologico, con riferimento sia al modo di vivere, di agire, o allo stato di salute fisica o psichica, di un individuo

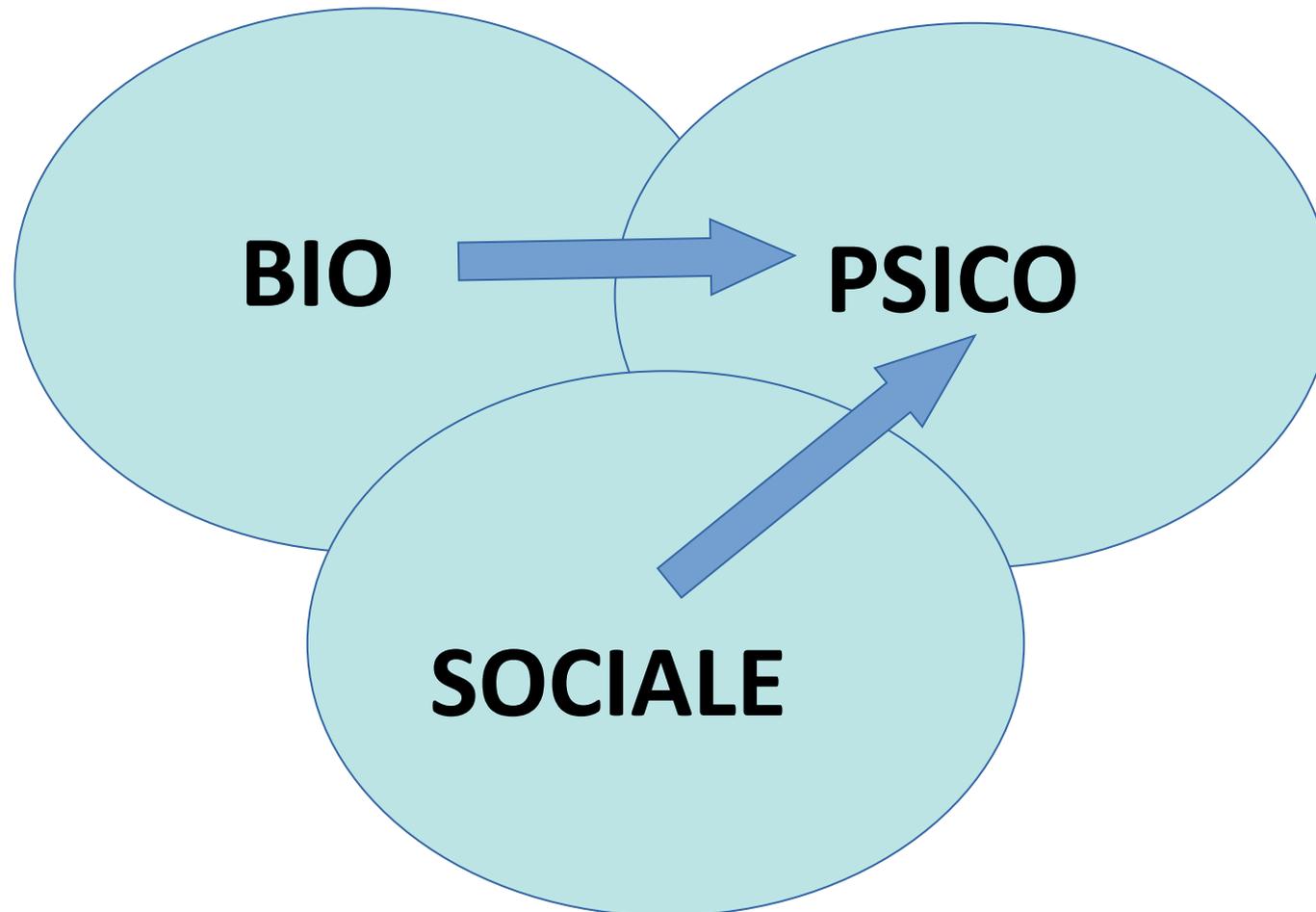
DISAGIO PSICHICO

Disagi e comportamenti che individuano malesseri psicologici e condizioni mentali di non pieno benessere psichico che non raggiungono però, per gravità del disagio e delle problematiche sociali che provocano, carattere di malattia mentale

PATOLOGIA PSICHIATRICA

Sindrome o modalità comportamentale o psicologica, clinicamente significativa, associata a un malessere o a una menomazione, da considerarsi manifestazione di una disfunzione comportamentale, psicologica o biologica della persona

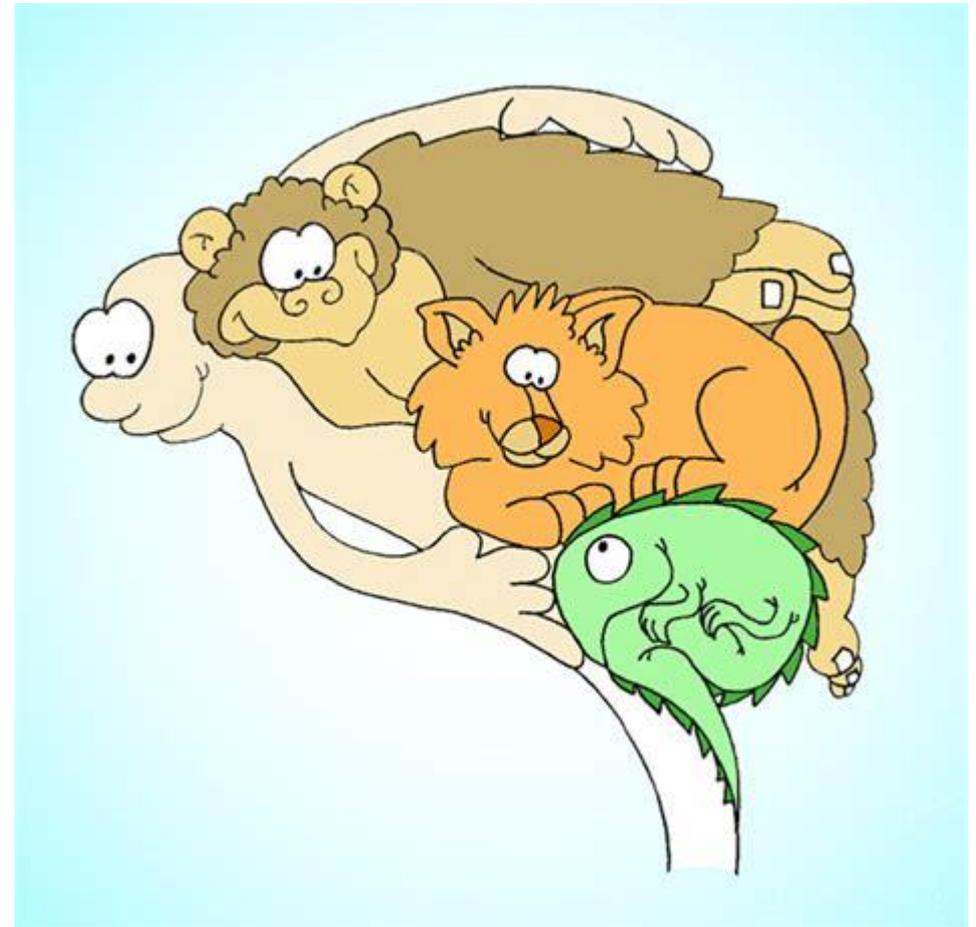
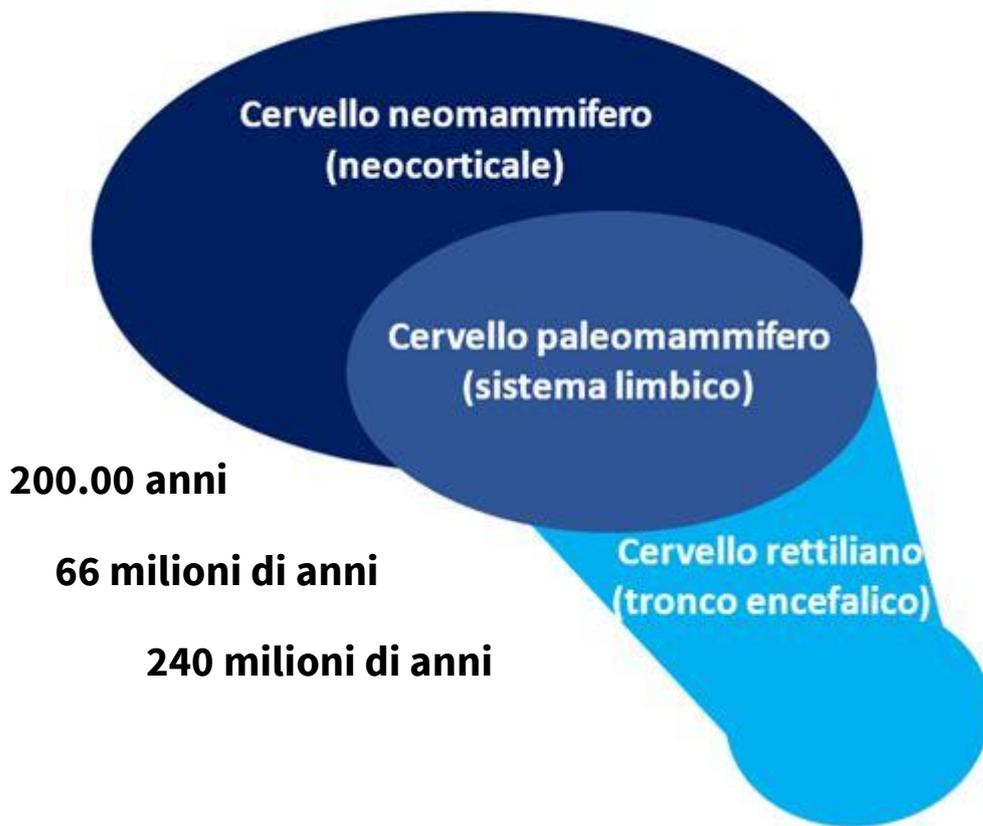
NORMALITA', DISAGIO PSICHICO E PATOLOGIA PSICHIATRICA



IL COMPORTAMENTO UMANO

Il comportamento umano è il modo in cui un soggetto interagisce con l'ambiente esterno; in genere è stabile e strettamente collegato al tipo o modello di personalità dell'individuo, nonché alle regole sociali introiettate. Esso può essere conscio o inconscio, volontario o involontario.

GESTIONE DEL COMPORTAMENTO BASI NEUROFISIOLOGICHE E PSICOLOGICHE



GESTIONE DEL COMPORTAMENTO

BASI NEUROFISIOLOGICHE E PSICOLOGICHE

LE EMOZIONI

Le emozioni sono stati mentali e fisiologici associati a modificazioni psicologiche che si accompagnano ad atteggiamenti mimici e comportamentali.

Le **EMOZIONI PRIMARIE** (**gioia, tristezza, rabbia, paura, disgusto e sorpresa**) sono presenti in tutti i mammiferi, mentre negli esseri umani le emozioni primarie si mescolano dando origine a emozioni più complesse, chiamate emozioni secondarie, come il senso di colpa, l'invidia e la vergogna. Le emozioni secondarie modulano le interazioni sociali e dipendono dallo stile culturale di appartenenza.

GESTIONE DEL COMPORTAMENTO BASI NEUROFISIOLOGICHE E PSICOLOGICHE

LE EMOZIONI

Le emozioni primarie si sono affermate nell'evoluzione in quanto attività cerebrali non presenti nei rettili e più adattive nel rapporto con l'ambiente. Infatti esse permettevano la coordinazione con altri individui e la condivisione con essi di esperienze e programmi.

Le emozioni quindi sono un vero e proprio **LINGUAGGIO DI COMUNICAZIONE**, con un **emittente**, un **ricevente** e un **codice** condiviso che permette al primo di sapere cosa sta comunicando e al secondo di decodificarlo efficacemente.

GESTIONE DEL COMPORTAMENTO BASI NEUROFISIOLOGICHE E PSICOLOGICHE

IO o EGO

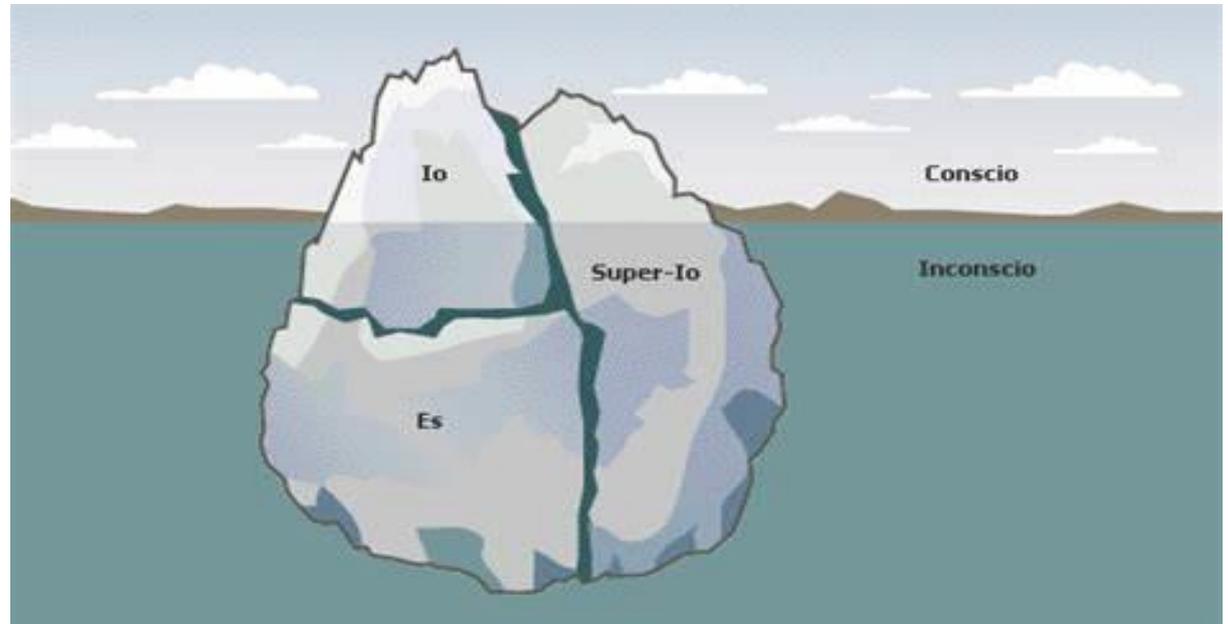
è la parte cosciente della psiche, ovvero la nostra interfaccia con la realtà

ES

è la parte primordiale, inconscia, dove hanno sede tutte le pulsioni

SUPER-IO

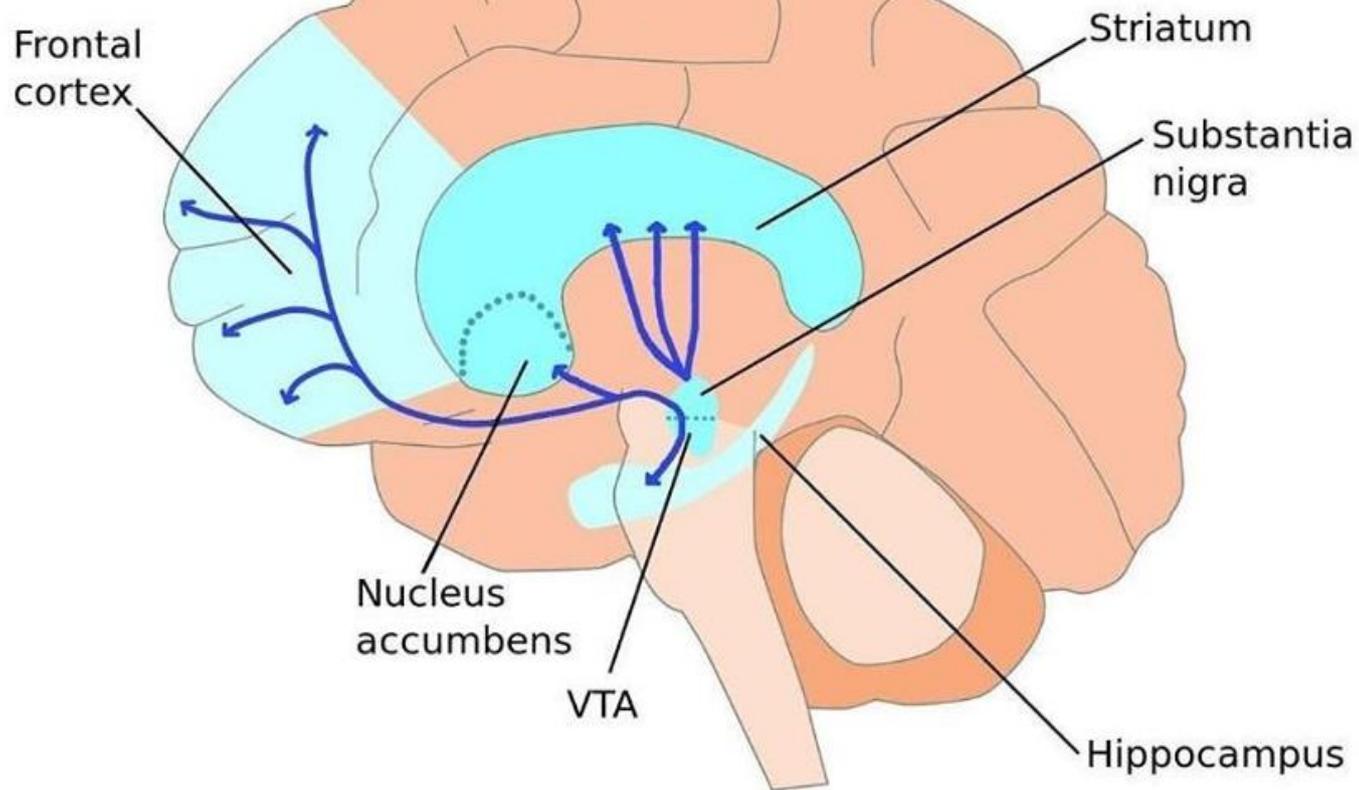
è la parte che contiene le regole morali, coscienti o inconsce, che cercano di governare i nostri impulsi



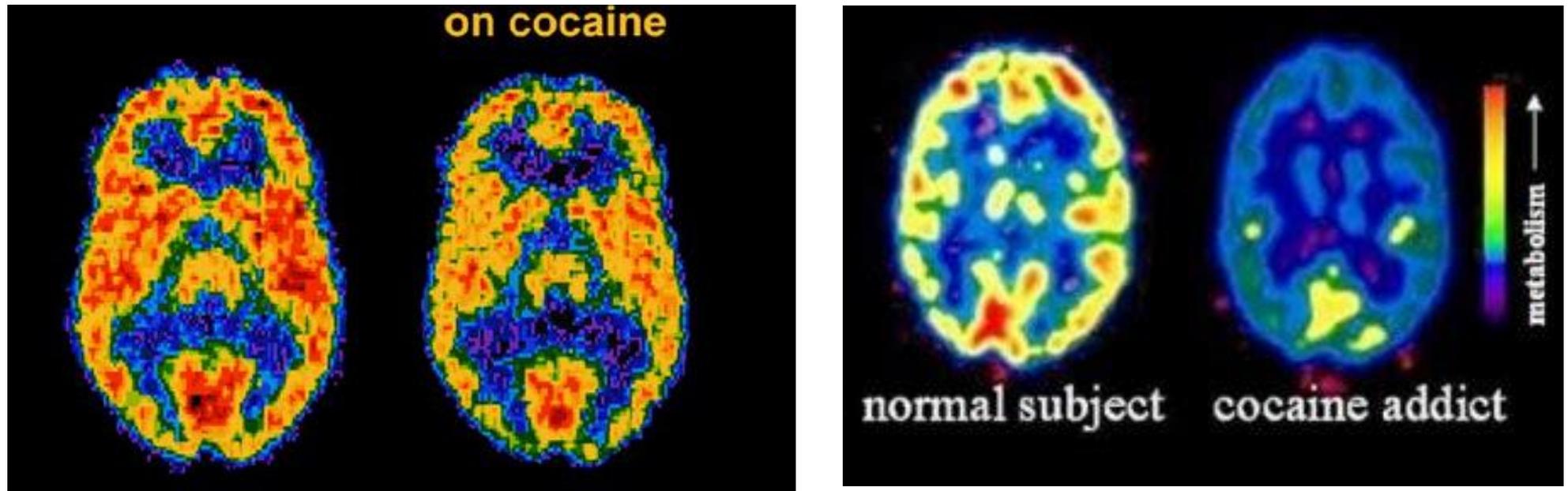
Intuitivamente potremmo dire che la neocorteccia corrisponda all'IO, la paleo e l'archicorteccia corrisponda all'ES e il loro interfacciamento funzionale determini la maturazione del SUPER-IO

GESTIONE DEL COMPORTAMENTO

BASI NEUROFISIOLOGICHE E PSICOLOGICHE



GESTIONE DEL COMPORTAMENTO BASI NEUROFISIOLOGICHE E PSICOLOGICHE



USO DI SOSTANZE: ESEMPIO DELLA COCAINA

L'interferenza biochimica sui recettori dopaminergici del Nucleus Accumbens interferisce con l'attività regolatoria dei comportamenti istintivi ed emotivi dei livelli sottocorticali da parte della corteccia prefrontale, alterando il livello limbico-corticale del Sistema Meso-Limbico-Corticale

PRESA IN CARICO DEL DISAGIO PSICHICO

RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

VALUTAZIONE DEL PAZIENTE NON PSICHIATRICO

Il Medico di Medicina Generale riceve una richiesta d'aiuto che riguarda un suo assistito di cui non sono noti precedenti episodi di disagio o patologia mentale

1 - Il paziente va dal medico:

- valutazione anamnestica e clinica di base,
- analisi dell'intensità e della transitorietà dei sintomi,
- esclusione clinica o anche strumentale di concause o cause internistiche o tossiche.

a) Se i sintomi non sono eccessivamente interferenti sulla qualità di vita e sulla efficienza comportamentale del paziente:

- Counseling, eventualmente con il coinvolgimento del contesto,
- Oppure inviare il paziente a valutazione psicologica dove sarà presa in considerazione se è opportuno un percorso psicoterapeutico.

PRESA IN CARICO DEL DISAGIO PSICHICO RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

VALUTAZIONE DEL PAZIENTE NON PSICHIATRICO

b) Se i sintomi sono più marcati e disadattivi ma non allarmanti:

- Associare terapia psicofarmacologica sintomatica di breve durata, ad esempio benzodiazepine per qualche settimana
- Monitorare nei giorni successivi e per qualche settimana; se il quadro si risolve dismettere gradualmente la terapia sintomatica; se la remissione non è soddisfacente richiedere visita specialistica psichiatrica

2 - I familiari vanno dal medico:

- convocare il paziente,
- se il paziente rifiuta, rivalutare con l'aiuto dei familiari la gravità del caso e, se è grave
- formalizzare una richiesta di ASO da eseguire presso il CSM di competenza territoriale

PRESA IN CARICO DEL DISAGIO PSICHICO RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

VALUTAZIONE DEL PAZIENTE PSICHIATRICO

Il Medico di Medicina Generale riceve una richiesta d'aiuto che riguarda un suo assistito di cui sono noti precedenti episodi di disagio o patologia mentale

1 - Il paziente va dal medico:

- Valutazione anamnestica e clinica dei sintomi per escludere concause o cause internistiche o tossiche
- Se i sintomi sono riferibili a patologie internistiche non di competenza psichiatrica, prendere in carico il problema attivando il raccordo di rete con il CSM
- Se i sintomi sono riferibili a riacutizzazione di patologia psichiatrica o a possibili effetti indesiderati della terapia psichiatrica attivare raccordo di rete con il CSM ed eventualmente concordare procedure condivise come invio a controllo psichiatrico al CSM o al Pronto Soccorso per eventuale ricovero

PRESA IN CARICO DEL DISAGIO PSICHICO

RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

VALUTAZIONE DEL PAZIENTE PSICHIATRICO

2 - I familiari vanno dal medico:

- Convocare il paziente
- Se il paziente rifiuta, attivare raccordo di rete con il CSM e concordare la procedura da seguire in base alle informazioni fornite dai familiari:
 - Programmazione di Visita Psichiatrica domiciliare
 - Attivazione di ASO da eseguire presso il CSM
 - Attivazione di visita domiciliare congiunta (MMG e Psichiatra del CSM) per eventuale TSO
 - Eventuale necessità di intervento di urgenza con richiesta di 118 medicalizzata

CASO 1 – Uomo 48 anni

Modalità di accesso: condotto in PS dalla forza pubblica e dal 118

Anamnesi: nessuna patologia psichiatrica pregressa, nessuna familiarità, operaio specializzato, famiglia con figli, comportamenti stabili, mai aggressivo o violento, moderato consumo di alcool occasionale; in occasione di una festa di famiglia dopo un significativo litigio coniugale ha esagerato con l'assunzione di alcolici e ha messo in atto comportamenti inusuali disinibiti e violenti

Consulenza psichiatrica: Paziente tranquillo con alito vinoso, alcolemia 1,6, non dispercezioni né deliri, umore normomodulato con disappunto per l'accaduto di cui si sente in colpa e non sa spiegare; alcolemia 1,6 ed esami ematochimici nella norma

Diagnosi psichiatrica: "ABUSO DI ALCOOL"

Indicazioni terapeutiche: nessuna

Riflessioni: L'alcool blocca la funzione inibitoria ad opera della corteccia prefrontale; ciò che ha allarmato tutti è il comportamento inusuale del paziente; si poteva evitare con una più accurata anamnesi a domicilio e aspettando la riduzione del livello alcolemico

CASO 2 – Uomo 26 anni

Modalità di accesso: condotto in PS dal 118

Anamnesi: nessuna patologia psichiatrica pregressa, nessuna familiarità, laureato, lavoratore amministrativo, single, rapporti di coppia non significativi, comportamenti impulsivi, mai episodi di aggressività o violenza, occasionale abuso di alcool e uso di cannabinoidi; uso di cocaina da circa 10 anni, inizialmente occasionale, poi frequente e nell'ultimo anno quotidiano con alcuni "binging"; da circa una settimana ha autonomamente sospeso l'assunzione di droghe; da alcuni giorni tensione muscolare e spasmi peiorali, ansia libera e e agitazione, insonnia; ansiolitici inefficaci

Consulenza psichiatrica: Paziente in condizioni di eretismo psichico, ansia intensa, tensione psicomotoria, umore irritabile

Diagnosi psichiatrica: "CRAVING" in "TOSSICODIPENDENTE DA COCAINA"

Indicazioni terapeutiche: Fisilogica 250 cc con TAVOR 4 mgr 1 fl in estemporanea; DEPAKIN Chr 500 1 cpr x 2; PREGABALIN 75 mgr 1 cps x 3; TAVOR 2,5 mgr 1 cpr ore 22

Riflessioni: l'accesso poteva essere evitato se la sospensione fosse stata seguita dal SERD con colloqui e farmaci; alta probabilità di ricaduta per il rifiuto del paziente all'invio al SERD

CASO 3 – Donna 41 anni

Modalità di accesso: condotto in PS dalla sorella

Anamnesi: nessuna patologia psichiatrica pregressa, nessuna familiarità, commessa, sposata con figli, comportamenti stabili, descritta come persona umile e sensibile, sempre disponibile, a volte eccessiva preoccupazione per le malattie dei familiari; da alcuni mesi diagnosi di fibroma uterino con successivi controlli per valutazione eventuale intervento chirurgico; dallo stesso periodo ipersensibilità emotiva, facilità al pianto, sconforto e umore triste in aumento nelle ultime settimane; negli ultimi giorni crisi di pianto frequenti, insonnia, paura di avere un tumore

Consulenza psichiatrica: Paziente dimessa, umore triste, facilità al pianto, preoccupata per il proprio stato di salute e la riduzione della sua efficienza in famiglia degli ultimi tempi

Diagnosi psichiatrica: “**DIST. DELL’ADATTAMENTO CON UMORE DEPRESSO**”

Indicazioni terapeutiche: BRINTELLIX 10 mgr 1 cpr; ALPRAZOLAM 10+10+20 gtt da ridurre e sospendere progressivamente dopo 4 settimane

Riflessioni: Il sovraccarico delle capacità di resilienza della paziente è stato graduale e poteva essere preso in carico dal MMG o dai servizi psichiatrici territoriali

CASO 4 – Donna 29 anni

Modalità di accesso: condotto in PS dai familiari

Anamnesi: nessuna patologia psichiatrica pregressa, nessuna familiarità, laureata in economia lavoratrice all'estero, rapporto di coppia stabile, comportamenti stabili, tornata in Italia da alcuni giorni per improvviso decesso del padre, ha manifestato sensi di colpa per non aver potuto essere presente nella recente malattia del padre; dopo un episodio di ansia intensa, angoscia per il lutto crisi di pianto, iperattivazione psicomotoria è stata condotta dai familiari in PS

Consulenza psichiatrica: Paziente è in ansia, irritabile, rimugina sugli accaduti recenti e sul lutto; non dispercezioni né elementi deliranti, umore disforico

Diagnosi psichiatrica: “**REAZIONE ACUTA DA STRESS**”

Indicazioni terapeutiche: ALPRAZOLAM 15+15+30 gtt da ridurre e sospendere progressivamente dopo 2 settimane; psicoterapia cognitivo-comportamentale

Riflessioni: Il sovraccarico acuto delle capacità di resilienza della paziente poteva essere preso in carico dal MMG con le stesse indicazioni terapeutiche

CASI CLINICI

Consulenze psichiatriche inappropriate in P.S.

CASO 5 – Uomo 52 anni

Modalità di accesso: condotto in PS dalla polizia e dal 118

Anamnesi: Seguito da molti anni dal CSM per patologia psichiatrica nota con terapia neurolettica depot (Haldol Dec. 150 mgr ogni 4 settimane, da ripetere nei prossimi giorni), da alcuni giorni aggressivo verso la madre da cui pretende eccessivi caffè e sigarette, aggressivo in paese nei bar che frequenta; in una colluttazione con contusioni alla madre interviene la polizia e il 118

Consulenza psichiatrica: Paziente irritabile, irrequieto, pensiero ripetitivo, lievemente dissociato, con contenuti deliranti interpretativi e persecutori, umore poco modulato

Diagnosi psichiatrica: “RIACUTIZZAZIONE PSICOTICA IN PZ SCHIZOFRENICO”

Indicazioni terapeutiche: Fis. 250 cc + TAVOR 4 mgr 1 fl e SERENASE 2 mg fl 1 fl im in estemporanea; TAVOR 2,5 mgr 1 cpr x 3; ; HALDOL DEC. 150 mgr 1 fl im da ripetere ogni 3 settimane

Riflessioni: La madre riferisce che l'irritabilità, quindi i pensieri deliranti, si manifestano la quarta settimana dopo il depot, quindi c'è un deterioramento di fine dose dell'efficacia antipsicotica; si poteva evitare segnalando in tempo al MMG e al CSM questa informazione

CASO 6 – Donna 50 anni

Modalità di accesso: condotto in PS dalla polizia e dal 118 con proposta di TSO

Anamnesi: Seguito da molti anni in modo incostante da specialisti privati e dal CSM per patologia psichiatrica nota con terapia discontinua e con scarsa compliance, da circa due settimane comportamenti affressivi verso familiari e vicini di casa da cui si dice perseguitata

Consulenza psichiatrica: Paziente è irritabile, oppositiva, a tratti agitata e aggressiva verbalmente verso gli operatori, pensiero rigido, con contenuti deliranti interpretativi e persecutori, umore disforico, assenza di coscienza di malattia, rifiuta le necessarie terapie farmacologiche, rifiuta il ricovero, i familiari al telefono riferiscono sospensione della terapia da molti mesi

Diagnosi psichiatrica: “RIACUTIZZAZIONE PSICOTICA IN DIST. DELIRANTE”

Indicazioni terapeutiche: si convalida TSO e nel procedere al ricovero accentua l'aggressività eterodiretta, si contiene a letto ai 4 arti e si somministra TAVOR 4 mgr 1 fl im

Riflessioni: La mancanza di coscienza di malattia, il rifiuto delle necessarie terapie, l'impossibilità alle cure non in ambiente protetto in quanto presente significativi comportamenti aggressivi non potevano evitare il TSO; nei mesi precedenti la famiglia poteva richiedere intervento del CSM ma spesso in tale diagnosi sono infruttuosi

CASO 7 – Donna 31 anni

Modalità di accesso: condotta in PS dai familiari

Anamnesi: nessuna patologia psichiatrica pregressa riferita, nessuna familiarità, laureata, occupata come impiegata, compagno stabile con cui ha deciso di avere un figlio, nato 2 mesi or sono; da alcune settimane irritabilità, insonnia, litigi con il compagno, distacco emotivo dal neonato e da una settimana tornata a stare con i propri genitori e il neonato accudito dai consuoceri; a una più accurata anamnesi si rileva un episodio depressivo significativo ma non curato farmacologicamente e anticipato da un periodo di comportamenti riferibili ad episodio ipomaniacale

Consulenza psichiatrica: Paziente irritabile, irrequieta, pensiero accelerato, a tratti aggressiva verbalmente, con contenuti deliranti interpretativi, umore sopraslivellato che contrasta con il distacco emotivo verso il compagno e il neonato, parziale coscienza di malattia, accetta una terapia farmacologica e il ricovero in SPDC

Diagnosi psichiatrica: “STATO IPOMANIACALE IN DIST. BIPOLARE”

Indicazioni terapeutiche: TAVOR 4 mgr 1 fl im in estemporanea e in SPDC: Aripiprazolo 10 mgr, Depakin Chrono 500 mgr x 2, Tavor 2,5 mgr ½ + ½ + 1.

Riflessioni: L'accettazione delle cure e l'attenzione dei caregivers avrebbe consentito il ritorno a domicilio ma la presenza di un minore consigliava il ricovero fino a stabilizzazione

CASO 8 – Uomo 43 anni

Modalità di accesso: condotta in PS dai familiari

Anamnesi: paziente seguito dal CSM da circa 20 anni con terapia orale per disturbo schizoaffettivo; la madre riferisce che da circa due settimane ha rifiutato la terapia e ha iniziato subito dopo a rifiutare il cibo se non confezionato e ha lamentarsi di supposti atteggiamenti persecutori da parte della madre e dei vicini; ha rifiutato la rivalutazione al CSM ma ha voluto essere condotto in PS per ricovero in SPDC

Consulenza psichiatrica: Paziente tranquillo, difeso, pensiero rigido, con contenuti deliranti interpretativi e persecutori, non dispercezioni, umore poco modulato

Diagnosi psichiatrica: “RIACUTIZZAZIONE PSICOTICA IN DIST. SCHIZOAFF.”

Indicazioni terapeutiche: In SPDC: PALIPERIDONE 6 mgr, Depakin Chrono 500 mgr x 2, Tavor 2,5 mgr $\frac{1}{2}$ + $\frac{1}{2}$ + 1.

Riflessioni: L'accettazione delle cure e l'attenzione della madre avrebbe consentito il ritorno a domicilio ma la presenza di deliri di veneficio e persecutori in ambito domiciliare non consentiva il ritorno a casa; la richiesta del paziente stesso di ricovero in SPDC mostra la parziale coscienza di malattia che gli permetteva di attendersi protezione e aiuto dal ricovero ospedaliero

CASO 9 – Donna 38 anni

Modalità di accesso: condotta in PS dai familiari

Anamnesi: nessuna patologia psichiatrica pregressa, nessuna familiarità, operaia, vedova senza figli, vive sola; descritta come persona disponibile e sensibile, comportamenti stabili fino ad alcuni mesi or sono, dopo l'anniversario del decesso del coniuge per tumore; dallo stesso periodo ha iniziato ad abusare sporadicamente di alcool e a lamentarsi con i parenti di solitudine con vaghi propositi di "raggiungere il coniuge"

Consulenza psichiatrica: Paziente tranquillo, dimesso, pensiero corretto, senza contenuti deliranti, non dispercezioni, umore e affettività turbati da vissuti di solitudine e di perdita, nega propositi autolesivi

Diagnosi psichiatrica: "DISTURBO DELL'ADATTAMENTO CON UMORE DEPRESSO. GRAVE - LUTTO NON ELABORATO"

Indicazioni terapeutiche: BRINTELLIX 10 mgr 1 cpr, ALPRAZOLAM gtt 10+10+20 gtt. Consigliato di iniziare la cura in ambiente protetto (vive sola) ma firma il rifiuto; quindi si attivano i parenti per una presenza costante e la verifica della compliance; si consiglia terapia combinata con psicoterapia cognitivo-comportamentale

Riflessioni: L'uso non eccessivo di alcool prima della sintomatologia indica che l'uso di alcool era un tentativo di automedicazione

CASO 10 – Uomo 24 anni

Modalità di accesso: condotta in PS dai familiari

Anamnesi: nessuna patologia psichiatrica pregressa, nessuna familiarità, studente universitario, descritto come introverso, sensibile, cordiale; da alcune settimane è stato lasciato dalla fidanzata dopo circa 6 anni, dopo di che ha manifestato alcuni episodi di ansia acuta e riduzione di sonno; ha prenotato al CUP una visita psichiatrica in programma fra alcuni giorni; durante la notte episodio di alcuni minuti di ansia intensa con sensazione di soffocamento, palpitazioni, paura di morire, formicolio distale agli arti superiori; dopo alcuni minuti attenuazione della sintomatologia cardiorespiratoria e riduzione progressiva dell'ansia in alcune ore, quindi accesso in PS e trattato con VALIUM 20 gtt

Consulenza psichiatrica: Paziente vigile, abbastanza tranquillo, pensiero corretto, senza contenuti deliranti, non dispercezioni, ansia e preoccupazione per l'episodio

Diagnosi psichiatrica: “**DISTURBO DA ATTACCHI DI PANICO**”

Indicazioni terapeutiche: PAROXETINA 20 mgr 1 cpr; ALPRAZOLAM RP 0,5 mgr 1 cpr x 2; TRIAZOLAM 0,25 mgr 1 cpr. Controllo presso il CSM come da appuntamento già preso

Riflessioni: La drammaticità del primo episodio di attacco di panico rende appropriato l'invio in PS, soprattutto eseguire dei controlli generali e cardiologici di esclusione