

Le emergenze psichiatriche nella medicina d'emergenza: il punto di vista del medico d'emergenza

Psychiatric emergencies in emergency medicine: the viewpoint of the emergency physician

G. Ferrari, M. Bruscoli*,
S. Pallanti**

SOD Psicologia Clinica, Firenze;
* Psichiatria; ** Università di Firenze,
Mount Sinai School of Medicine

Summary

Objective

The aim of this study was to examine the importance of psychiatric emergency (PE) education provided to physicians, for their emergency training, the workload and the emotional load of PE compared to the other kind of emergencies, as well as to assess individual PE knowledge, the interest in PE education, and the topics of major interest in PE training. Using clinical vignettes with a brief multiple choice test we have also tested the diagnostic ability, the management and drug treatment competence for PE.

Methods

Based on two German articles published in 1998 and 2004 by a group of experts in psychiatry and emergency medicine, we prepared a questionnaire collecting demographic data, focusing on interest and knowledge about PE, and assessing the subjective evaluation of frequencies and emotional load of different types of emergencies, the perception of PE's working load and issues of interest about training in PE. The questionnaire was proposed to 450 physicians of the Tuscan Emergency Medical System randomly recruited during three years (2004-2006) between all 700 Tuscan emergency physicians participating in the first mandatory emergency medicine certification program in Italy. The questionnaire was not part of the certification evaluation program and physicians were asked to answer freely. Further, a multiple choice test about four typical psychiatric emergency situations has been presented to investigate diagnostic, therapeutic and

management abilities of emergency physicians.

Results

246 subjects responded; 131 were men, 115 women, their mean age was 43.60 years \pm 6.7, working experience in emergency medicine 8.70 years \pm 4.7. Of these, 86 (35%) were currently dealing with ambulance or helicopter emergencies (118), 121 (49.2%) were employed in an Emergency Room Department ("Dipartimento Emergenza Accettazione", DEA) and other were engaged in both working settings (118 + DEA; 39 [15.9%]) (Tab. I). Primary sub-specialties were thus distributed: Internal medicine 29,5 %, surgery 19,3% and anesthesia 12.4%. Importance of knowledge of PE was estimated to be high by 74.4%, but their knowledge in PE was estimated as fair only by 11.8%. Subjective estimate of the frequency of PE rank on fourth position behind internal, surgical and neurological emergencies followed only by gynecological emergencies. Psychiatric emergencies were rated at the first position in elevated emotional workload (Tab. IV). Aggressive and violent patient rank in first position between the topics of major interest for training in PE, with second coming drug treatment of this type of patient, and third alcohol abuse. Clinical vignettes showed a total of 60.3% correct answers. In particular, tests presented 80.8% correct management, 72.1% correct diagnosis, whereas a significantly worse performance was found in correct therapy (32%, $p < .001$) (Tab. VIII).

Conclusion

More than half of the returned questionnaires showed some interest for the topics. Actually, responders showed in-

Key words

Emergency • Psychiatric emergency
• Emergency medicine • Training • Italy

Corrispondenza:

S. Pallanti, Università di Firenze, Mount Sinai School of Medicine • E-mail: s.pallanti@agora.it

terest in PE and a subjective feeling of being not enough prepared for PE. Psychiatric emergency situations are seen not so frequently as the other emergencies but the emotional workload is significantly elevated. Emergency physicians demonstrated interest in training in PE, particularly in using psychiatric drug treatment and managing aggressive and alcohol-abusing patients. Emergency physicians scored well answering to clinical vignettes in diagnosis and management, but they performed poorly on drug treatment of PE.

Introduzione

In medicina d'emergenza le emergenze psichiatriche (EP) rappresentano una importante realtà. In letteratura troviamo che tali emergenze sono al terzo posto tra tutte le emergenze dopo quelle internistiche e chirurgiche¹, e che rappresentano fino al 15% di tutti gli accessi ai dipartimenti d'emergenza ed accettazione² (DEA).

Se consideriamo l'accesso con diagnosi psichiatrica come primaria e principale richiesta d'aiuto, troviamo che gli accessi psichiatrici presso i DEA, figurano a seconda dello studio dallo 0,5 al 15% di tutte le richieste d'aiuto. Le cifre salgono notevolmente, quando si consideri solamente l'associazione di un disturbo psichiatrico nel paziente che si presenti al DEA per altre cause. Uno studio francese del 2005³ riporta, infatti, una prevalenza del 8% di pazienti con diagnosi psichiatrica come motivo primario d'accesso. Quando però si consideri solo la presenza di un disturbo psichiatrico in concomitanza con altre diagnosi si trova una prevalenza totale dei disturbi psichiatrici al DEA del 38%. Gli autori evidenziano come il 78% dei pazienti con disturbi psichiatrici acceda ai servizi d'emergenza non per motivi psichiatrici e identificano così la popolazione che accede ai servizi d'emergenza come una popolazione caratterizzata da un'alta prevalenza di disturbi psichiatrici indipendentemente dal motivo della richiesta di aiuto⁴.

Il medico d'emergenza si trova quindi frequentemente a contatto con pazienti che presentano patologie psichiatriche ma la preparazione in questo settore è spesso trascurata.

A nostra conoscenza non esistono studi specifici sull'impatto delle emergenze psichiatriche nei DEA in Italia.

Lo scopo di questo studio è quello di conoscere l'impatto quantitativo e qualitativo delle emergenze psichiatriche nella pratica clinica dei medici che operano nel settore delle emergenze ospedaliere e pre-ospedaliere in Toscana, le loro esigenze

formative in tale settore e la loro attuale preparazione.

Metodo

Procedura e strumenti

L'indagine proposta ai medici d'emergenza aveva come primo scopo quello di identificare quali argomenti inerenti alle EP fossero maggiormente rilevanti nel contesto di un corso di lezioni tenute durante il programma di formazione in medicina d'emergenza realizzato a Firenze presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi in collaborazione con l'Università di Harvard⁵.

Nel sistema delle emergenze ospedaliere e territoriali della regione Toscana sono attivi 700 medici di emergenza i quali devono sottoporsi obbligatoriamente ad un programma di certificazione in medicina di emergenza. Tale programma di formazione prevede un arruolamento casuale di 150 medici all'anno che si sottopongono a 10 mesi di lezioni e tirocini per un totale di 300 ore. La raccolta dati è stata effettuata durante alcune lezioni del corso e a mezzo e-mail ai 300 medici che hanno preso parte ai corsi nei primi due anni della certificazione.

Per la ricerca è stato realizzato un questionario prendendo spunto da un lavoro tedesco del 1998⁶ e sulla falsa riga di un questionario già presente in letteratura del 2004⁷, che era stato redatto da un'équipe di medici d'emergenza, psichiatri e psicologi.

Per una conferma sulla validità di comprensione e di contenuto, la versione finale è stata strutturata dopo una revisione di esperti psichiatri e medici d'emergenza e dopo una prima fase di pre-test effettuata su 30 medici di emergenza.

Lo strumento d'indagine si compone di 4 sezioni:

- la prima, contenente 7 item, è volta a delineare le caratteristiche demografiche, la specializzazione di provenienza e la realtà lavorativa attuale del campione in esame;
- la seconda, composta da 8 singoli item che in-

dagano i seguenti aspetti: 1) l'importanza della conoscenza delle EP; 2) autovalutazione delle proprie conoscenze in tale settore; 3) richiesta di consulenza psichiatrica; 4) richiesta di ricovero in psichiatria; 5) essere stati vittime di aggressioni fisiche; 6) uso di misure di contenzione; 7) frequenza delle diverse tipologie di emergenza; 8) carico emotivo provocato dalle diverse situazioni di emergenza. Le risposte a queste singole domande sono valutate su scala Likert da 1 (molto scarso) a 5 (molto importante) o da 1 (mai) a 5 (sempre);

- la terza parte è suddivisa in 6 aree con 31 item totali ed è volta ad identificare le aree di maggior interesse per la formazione in psichiatria d'emergenza. Le risposte sono valutate su scala Likert da 1 (molto scarso) a 5 (molto importante);
- la quarta ed ultima sezione, condotta a scopo esplorativo e non valutativo, è costituita da 4 domande relative alle attuali conoscenze cliniche in psichiatria dei medici d'emergenza. I partecipanti, attraverso risposte a scelta multipla, dovevano esprimersi su diagnosi, gestione, terapia ed eventuale ricovero di 4 tipici casi clinici di EP.

Analisi statistica

Lo studio, condotto a fini esplorativi, è stato effettuato utilizzando per ogni sezione del questionario statistiche descrittive, successivamente, considerando le variabili di tipo ordinale, sono state utilizzate statistiche non parametriche: il test di Friedman per campioni dipendenti è stato usato per il confronto tra più variabili e il test di Wilcoxon per due campioni dipendenti per il confronto tra coppie di variabili; per l'analisi delle relazioni tra le variabili è stata utilizzata il Tau di Kendal.

In alcuni casi per un criterio di sintesi e per le successive analisi statistiche, le risposte formulate su scala Likert da 1 a 5 punti, sono state ricodificate in una scala di 3 valori in cui le risposte 1 e 2, ad esempio "molto scarsa" e "scarsa" sono raggruppate in un'unica risposta "scarsa", il punto medio è rimasto inalterato e le risposte 4 e 5 "importante" e "molto importante" sono raggruppate in un'unica risposta "elevata".

Tutte le analisi sono state condotte con SPSS-PC package per Windows (versione 13, Chicago).

Descrizione del campione

Su 450 questionari distribuiti 249 soggetti hanno risposto e di questi 3 non hanno dato il consenso per il trattamento dei dati. L'analisi viene quindi condotta su un totale di 246 soggetti. Dei 246 medici valutati 131 sono maschi (53,3%) e 115 femmine (46,7%). I soggetti hanno una età media di 43,6 ($\pm 5,5$) anni, con un range che va da 29 a 58 anni (Tab. I).

Mediamente i soggetti del campione lavorano nella medicina d'emergenza da 8,7 ($\pm 4,9$) anni con un ampio range che va da 1 anno d'esperienza fino a 25 anni di servizio.

Per quanto riguarda infine il ruolo professionale il 35%, cioè 86, dei partecipanti svolge la sua attività nel 118, il 49,2%, cioè 121, nel DEA e il 15,9%, cioè 39 soggetti, in entrambi i settori (Tab. I).

Il 29,5% dei medici proviene come specializzazione da medicina interna, il 19,3% da chirurgia, il 12,4% da anestesia, il 5,7% da pneumologia e geriatria, il 4,5% da gastroenterologia, il 3,4% da cardiologia, il 2,3% da immunologia clinica e il 5,1% da altre diverse specializzazioni quali endocrinologia, pediatria, medicina preventiva, neurologia, nefrologia, ortopedia, allergologia e biochimica. A questa domanda il 12,1% dei partecipanti non ha risposto.

Risultati

Impressioni soggettive sulla realtà lavorativa attuale

Per quanto concerne la sezione riguardante la realtà lavorativa attuale, dall'analisi delle risposte

TABELLA I.

Riassunto dei dati demografici ($n = 246$). *Summary of demographical data ($n = 246$).*

Caratteristiche demografiche	
Sesso	N. (%)
M	131 (53,3%)
F	115 (46,7%)
Ruolo lavorativo	N. (%)
118	86 (35,0%)
DEA	121 (49,2%)
118 + DEA	39 (15,9%)
Età in anni, M (\pm DS)	43,6 ($\pm 5,5$)
Anni di lavoro, M (\pm DS) (in medicina di emergenza)	8,7 ($\pm 4,7$)

è emerso che alla domanda: *Quale ritiene sia l'importanza della conoscenza delle situazioni di emergenza psichiatrica per un medico d'emergenza?*

192 soggetti, cioè il 78% del campione, ritiene che l'importanza della conoscenza delle situazioni di emergenza psichiatrica per un medico d'emergenza sia importante o molto importante.

Al contempo alla domanda: *Come valuta la Sua attuale conoscenza delle tematiche pertinenti la psichiatria d'emergenza?*

217 soggetti, cioè l'88,2% degli intervistati, giudica da "media" a "molto scarsa" la sua conoscenza attuale.

La Tabella II riassume le risposte sulla stima soggettiva dell'importanza della conoscenza delle EP e l'autovalutazione sulla conoscenza attuale delle EP.

Dall'analisi delle correlazioni con il Tau b di Kendal si evidenzia che l'importanza della conoscenza delle situazioni d'emergenza psichiatrica per il medico d'emergenza ha una significativa tendenza alla correlazione positiva con l'autovalutazione della attuale conoscenza delle tematiche pertinenti la psichiatria d'emergenza ($p < ,001$). Questo risultato indica che chi giudica la psichiatria una materia importante per il medico d'emergenza è anche sensibilizzato verso tale argomento e ritiene perciò di saperla meglio e viceversa.

Per ciò che concerne la percezione soggettiva ed approssimativa delle frequenze delle diverse tipologie di emergenza nella loro esperienza, è stato riscontrato che le emergenze internistiche sono considerate le più frequenti, seguite da quelle chirurgiche, neurologiche, psichiatriche e per ultime quelle ginecologiche (Tab. III).

TABELLA II.

Stima soggettiva dell'importanza della conoscenza e autovalutazione della conoscenza attuale delle EP per il medico d'emergenza ($n = 246$). *Subjective evaluation of the importance of knowledge and self-evaluation of real knowledge of psychiatric emergencies ($n = 246$).*

Emergenze psichiatriche	Stima soggettiva		
	Scarsa	Media	Elevata
Importanza della conoscenza	10 (4,1)	44 (17,9)	192 (78,0)
Autovalutazione conoscenza	96 (39,0)	121 (49,2)	29 (11,8)
% per riga			

TABELLA III.

Stima soggettiva delle frequenze delle diverse tipologie di emergenza ($n = 246$). *Subjective estimates of frequencies of different emergencies ($n = 246$).*

Emergenze	Stima soggettiva della frequenza		
	Scarsa	Media	Elevata
Internistiche		15 (6,1)	231(93,9)
Chirurgiche	16 (6,5)	45 (18,3)	185 (75,2)
Neurologiche	15 (6,1)	84(34,1)	147(59,8)
Psichiatriche	106 (43,1)	90 (36,6)	50 (20,3)
Ginecologiche	152 (61,8)	66 (26,8)	28 (11,4)
% per riga			

TABELLA IV.

Stima soggettiva del carico emotivo e confronto tra le diverse tipologie di emergenze ($n = 246$). *Subjective estimates of emotional distress of different emergencies ($n = 246$).*

Emergenze	Stima soggettiva del carico emotivo		
	Scarso	Medio	Elevato
Psichiatriche* **	53 (21,5)	94 (38,2)	99 (40,2)
Chirurgiche	48 (19,5)	114 (46,3)	84 (34,1)
Internistiche	38 (15,4)	126 (51,2)	82 (33,3)
Ginecologiche*	73 (29,7)	110 (44,7)	63 (25,6)
Neurologiche**	43 (17,5)	145 (58,9)	58 (23,6)
% per riga; * Wilcoxon $p < ,001$; ** Wilcoxon ($p = ,014$).			

Per quanto riguarda la percezione soggettiva del carico emotivo e dello stress attribuito alle diverse tipologie di emergenza, si è riscontrato che in tutte le emergenze eccetto quelle psichiatriche, viene assegnato con maggiore frequenza un carico emotivo "medio", mentre per le EP la maggiore frequenza si trova sul carico emotivo elevato (40,2%) (Tab. IV).

L'analisi di confronto sulla percezione soggettiva del carico emotivo nelle diverse emergenze, effettuata con il test di Friedman per campioni dipendenti, ha evidenziato una differenza significativa tra le diverse tipologie di emergenze

TABELLA V.Impatto lavorativo delle emergenze psichiatriche (n = 246). *Workload of psychiatric emergencies (n = 246).*

Impatto lavorativo delle emergenze psichiatriche	Raramente	Mediamente	Spesso
Quanto spesso richiede consulenza	46 (18,7)	122 (49,6)	78 (31,7)
Quanto spesso richiede ricovero	140 (56,9)	98 (39,8)	8 (3,3)
Quanto spesso è vittima di aggressioni	169 (68,7)	73 (29,7)	4 (1,6)
Quanto spesso ricorre alla contenzione	204 (82,9)	35 (14,2)	7 (2,8)
% per riga			

($p < ,001$). In particolare il confronto a coppie tra le emergenze psichiatriche e le altre emergenze, effettuato con il Test di Wilcoxon per due campioni dipendenti, ha evidenziato che le differenze significative si trovano nel confronto con quelle neurologiche ($p = ,014$) dove diminuisce il carico emotivo elevato e aumenta quello medio e con le ginecologiche ($p < ,001$) dove invece il carico emotivo si concentra prevalentemente su medio e scarso. Dall'analisi delle correlazioni con il Tau b di Kendal emerge che l'importanza attribuita alla conoscenza delle situazioni d'emergenza psichiatrica per il medico d'emergenza ha una tendenza significativa verso la correlazione positiva ($p < ,001$) anche con il carico emotivo e lo stress provocato dalle situazioni d'emergenza psichiatrica. In questo caso sembra che l'impatto emotivo delle emergenze psichiatriche abbia un ruolo nel riconoscere l'importanza della conoscenza di tali situazioni cliniche.

Per ciò che concerne la richiesta di consulenza psichiatrica risulta che il 18,6% degli intervistati richiederebbe consulenza psichiatrica "raramente", "moderatamente" nel 49,6% dei casi e "spesso" nel 31,7%.

A questa domanda 110 soggetti hanno espresso anche una frequenza indicativa delle volte che richiedono una consulenza in un mese di lavoro, ne risulta che in media vengono richieste 4,9 ($\pm 4,1$) consulenze al mese con un range variabile da 0 a 20 volte al mese.

La richiesta di ricovero in un reparto di psichiatria avviene "raramente" nel 56,9% dei casi, "moderatamente" per il 39,8% dei rispondenti, "spesso" per il 3,3% dei soggetti.

A questo item 89 soggetti hanno anche indicato una frequenza indicativa delle richieste di ricovero in un mese, ne consegue che il ricovero in un reparto di psichiatria è richiesto in media 1,89 ($\pm 1,7$) volte al mese con un range variabile da 0 a 10 volte al mese.

Alla domanda:

Quante volte è stato vittima di comportamenti fisici aggressivi?

Ha risposto "raramente" il 68,7% del campione, "moderatamente" il 29,7%, "spesso" il 4%.

A questa domanda, in 75 hanno anche indicato una stima approssimativa delle volte che in un mese sono state vittime di comportamenti fisici aggressivi, ne risulta che sono attaccati in media 1,19 ($\pm 3,6$) volte al mese e un range che varia tra 0 e 30.

Al quesito:

Quante volte in media in un mese ricorre all'uso di misure di contenzione?

Hanno risposto "raramente" nell'82,9% dei casi, "moderatamente" nel 35%, "spesso" nel 2,8%.

In questo caso 70 soggetti hanno anche espresso una frequenza indicativa delle volte, che in un mese, ricorrono a misure di contenzione, ne consegue che in media le misure di contenzione vengono usate 1,6 ($\pm 2,9$) (volte al mese con una deviazione standard di 2,9) con un range variabile da 0 a 20 volte al mese.

Risultati della terza sezione del questionario: aree formative di maggiore interesse

La terza sezione del questionario è suddivisa in sei aree volte ad identificare le aree formative di maggior interesse.

In questa sezione i partecipanti dovevano esprimere un'opinione su 30 argomenti inerenti le EP, indicando su scale da 1 a 5 (da "molto scarso", "scarso", "medio", "interessante" e "molto interessante"), quelli che ritenevano di maggior interesse ed utilità per la formazione in psichiatria d'emergenza, in modo da organizzare un programma di lezioni che fosse il più vicino possibile alle esigenze dei medici d'emergenza.

Dalle risposte è stato possibile stilare una classifica degli argomenti di maggiore interesse, che vediamo rappresentata nella Tabella VI.

TABELLA VI.

Argomenti di maggior interesse per la formazione in psichiatria per i medici d'emergenza (n = 246). *Issues of major interest in training for emergency psychiatry expressed by emergency physicians (n = 246).*

Classifica argomenti di maggiore interesse per la formazione (1 = molto scarso - 5 = molto importante)	Media	DS
1. Il paziente aggressivo e/o violento	4,22	,81
2. La gestione farmacologica del paziente agitato	4,04	,72
3. L'abuso di alcool	3,99	,75
4. I farmaci psichiatrici in emergenza	3,98	,80
5. La prevenzione del disturbo post-traumatico da stress	3,94	,88
6. La comunicazione delle cattive notizie	3,87	,81
7. Gli aspetti medico legali nelle emergenze psichiatriche	3,87	,83
8. I disturbi mentali che simulano patologie mediche	3,85	,74
9. I disturbi mentali da cause mediche	3,85	,78
10. Le reazioni avverse ai neurolettici	3,85	,79
11. Le interazioni dei farmaci psichiatrici	3,83	,79
12. L'intervento comportamentale in emergenza	3,81	,79
13. L'ansia ipocondriaca	3,81	,78
14. Il paziente vittima di un trauma	3,76	,79
15. La consulenza psichiatrica e la richiesta di ricovero	3,74	,74
16. L'abuso sostanze	3,71	,89
17. La gestione vissuti negativi del medico verso il paziente	3,70	,89
18. L'arresto psicomotorio	3,67	,90
19. Il paziente che rifiuta le cure	3,67	,85
20. I farmaci psichiatrici	3,63	,83
21. Il paziente confuso e agitato	3,62	,80
22. Il rischio suicidario	3,61	,85
23. Il paziente allucinato	3,60	,96
24. La valutazione psichiatrica breve	3,54	,85
25. La gestione infermieristica	3,44	,86
26. I disturbi psichiatrici	3,44	,77
27. Il paziente che simula	3,43	,95
28. La pseudodemenza	3,42	,76
29. Le pseudocrisi epilettiche	3,37	,81
30. L'attacco di panico	3,37	,84

**Risultati della quarta parte del questionario:
test sulla gestione delle situazioni
d'emergenza psichiatrica**

Per quanto concerne la quarta ed ultima parte, volta a valutare le conoscenze attuali e le tecniche di intervento, è stata effettuata un'analisi al fine di individuare la distribuzione delle risposte corrette. Questa parte del questionario risulta composta da 4 casi clinici con risposta a scelta multipla suddivisi in due sezioni (gestione e decisione di ricovero) o tre sezioni (diagnosi, trattamento e decisione di ricovero). In totale ogni soggetto era invitato a rispondere in totale a 6 domande, 2 sulla diagnosi,

2 sulla gestione e 2 sulla terapia farmacologica. Inoltre per ognuno dei 4 casi clinici è contemplata la decisione di ricovero che non prevede risposte corrette o sbagliate ma risulta solo come una indagine descrittiva sulla gestione del ricovero. In questo caso sono pertanto semplicemente riportate le percentuali di risposta.

Non tutti i 246 partecipanti hanno risposto ai quesiti clinici, 9 soggetti non hanno risposto a nessun caso clinico, pertanto nelle analisi di questa sezione sono stati esclusi dalle statistiche che sono state condotte solo su 237 soggetti. Nel caso in cui non sia stata data la risposta solamente ad alcune do-

mande le risposte mancanti sono state conteggiate come risposte sbagliate. La Tabella VII riassume le risposte dei 4 casi clinici.

Primo caso clinico

Un uomo di 26 anni senza precedenti psichiatrici in seguito ad un quadro di eccitamento maniaco sta effettuando da qualche giorno una terapia con aloperidolo 2 mg/die. I parenti lo portano alla Vostra osservazione perché improvvisamente ha difficoltà nei movimenti, appare rigido, ha un forte torcicollo, articola male la parola e lo sguardo è fisso verso l'alto.

Per ciò che riguarda il sospetto diagnostico la risposta corretta (distonia acuta) è stata effettuata da 180 soggetti (75,9% dei rispondenti).

Alla domanda inerente al trattamento del precedente quesito clinico la risposta corretta (biperidone) è stata scelta solamente da 44 soggetti (18,6% del campione).

Per ciò che concerne la necessità di ricovero il campione ha scelto di decidere in base al decorso nel 61,8% dei casi, di ricoverare nel 29,5% e di dimettere il paziente nell'8,6% dei casi.

Alla seconda domanda:

Un uomo di 34 anni giunge alla Vostra osservazione in stato di agitazione, appare confuso ed ha comportamenti aggressivi. Lo screening tossicologico delle urine risulta positivo esclusivamente per cocaina. Come trattate il paziente per calmarlo?

Le risposta corretta sul trattamento (diazepam) è stata selezionata da 194 soggetti (81,9% dei rispondenti).

Il campione decide di ricoverare tale paziente nel 27,5% dei casi, di dimetterlo nel 11,8% e di rivalutare in base al decorso nel 60,7% dei casi.

Alla terza domanda:

Un uomo di 78 anni, da poco rimasto vedovo, giunge alla vostra osservazione, accompagnato dai familiari, per un rapido deperimento organico e psichico. Escluse patologie organiche acute cosa fate?

Le risposta corretta nella gestione del caso (consulenza psichiatrica) è stata scelta da 157 soggetti (66,2% dei rispondenti).

In questo caso il campione ha deciso di ricoverare tale paziente nel 18,8% dei casi, di dimetterlo nel

TABELLA VII.

Analisi delle risposte ai casi clinici (n = 237). *Analysis of answering to clinical vignettes (n = 237).*

	Risposta sbagliata	Risposta corretta
Diagnosi I caso	57 (24,1)	180 (75,9)
Terapia I caso	193 (81,4)	44 (18,6)
Gestione II caso	43 (18,1)	194 (81,9)
Gestione III caso	80 (33,8)	157 (66,2)
Diagnosi IV caso	104 (43,9)	133 (56,1)
Terapia IV caso	87 (36,7)	150 (63,3)
% per riga		

31,8% e di rivalutare in base al decorso nel 49,3% dei casi.

La quarta domanda, riportata qui di seguito, presenta due sospetti diagnostici validi:

Una donna di 38 anni giunge alla Vostra osservazione in preda ad una sintomatologia di tipo neurologico con manifestazioni tipo convulsivo.

Da un attento esame obiettivo e dalla storia raccolta dai familiari si evince che non sussiste una storia di epilessia, vi è una continua ricerca di cure mediche e la paziente fa abuso di benzodiazepine. Cosa sospettate?

Le risposte corrette al quesito diagnostico sono 133 (56,1%), 76 soggetti hanno risposto astinenza da benzodiazepine e 57 soggetti disturbo di conversione. Considerando la possibilità di un diverso tipo di trattamento in base al sospetto diagnostico ipotizzato andiamo a vedere il numero globale di risposte corrette nella sezione trattamento ma anche le risposte corrette in base all'ipotesi diagnostica. Le risposte corrette totali sono state 150 (63,3% dei casi), 88 soggetti hanno risposto diazepam e 62 richiesta di consulenza.

Analizzando le risposte dell'intervento terapeutico alla luce dell'ipotesi diagnostica di crisi d'astinenza si rileva che in 52 casi su 76 (68,4%) viene somministrata la corretta terapia con benzodiazepine. Per quanto riguarda invece il sospetto diagnostico di un disturbo di conversione l'intervento terapeutico più corretto, ovvero la richiesta di consulenza psichiatrica è stato richiesto in 26 casi su 57 (45,6%).

In questo caso il campione ha deciso di ricoverare tale paziente nel 22,2% dei casi, di dimetterlo nel 17,8% e di rivalutare in base al decorso nel 60,0% dei casi.

Riassumendo il campione in esame ha dato una media di 3,6 ($\pm 1,3$) risposte esatte su 6 domande come si può vedere nella Tabella VIII, inoltre si riporta una sintesi del numero delle risposte corrette nei tre momenti dell'intervento.

L'analisi di confronto condotta sui quesiti clinici, tra le risposte inerenti la diagnosi, la gestione e la terapia, effettuata con il test di Friedman per campioni dipendenti, ha evidenziato che esiste una differenza significativa tra le diverse classi di risposte ($p < ,001$). In particolare se confrontiamo a coppie le tre classi di risposta (diagnosi, gestione e terapia), con il test di Wilcoxon per campioni dipendenti, troviamo che le risposte corrette date ai quesiti sul trattamento farmacologico delle EP sono significativamente inferiori sia rispetto alla diagnosi ($p < ,001$) che alla gestione ($p < ,001$). Non esiste invece alcuna correlazione significativa tra la stima della propria conoscenza delle EP e le risposte corrette ai quesiti clinici.

Discussione

Dal nostro studio emerge che oltre i tre quarti dei medici intervistati (78%) stimano importante o molto importante la conoscenza delle EP ma la maggior parte di essi (88,2%) ammette di non sentirsi adeguatamente preparata.

La letteratura internazionale riporta che nei programmi delle scuole di medicina d'emergenza negli stati uniti, nel 76% dei casi, non è contemplata una sezione per le emergenze psichiatriche⁸. In Italia non vi sono ancora medici specializzati in medicina d'emergenza. I medici che lavorano in tale settore provengono da varie specializzazioni che non prevedono un programma di formazione in psichiatria.

La psichiatria in Italia fino a circa 20 anni fa rappresentava una materia facoltativa nel corso di laurea in medicina e chirurgia.

Uno studio⁹ tedesco del 2000 effettuato sugli studenti al sesto ed ultimo anno di studio in medicina e chirurgia riporta una scarsa conoscenza della psichiatria e ciò sembra imputabile non ad una mancanza di interesse da parte degli studenti ma ad una scarsa rilevanza attribuita nella programmazione del corso di studi.

Pertanto a cospetto della rilevanza delle emergenze

TABELLA VIII.

Sintesi delle risposte corrette ai quesiti clinici ($n = 237$). *Summary of correct answers to clinical vignettes ($n = 237$).*

	Risposte corrette			
	Totali	Diagnosi	Gestione	Terapia
Media \pm DS	3,6 \pm 1,3	1,3 \pm 0,7	1,5 \pm 0,6	0,8 \pm 0,6
Percentuale*	60,3%	72,1%	80,8%	32,0%

* % sul totale di risposte corrette possibili.

psichiatriche nella pratica clinica della medicina d'emergenza non corrisponde un'offerta formativa soddisfacente.

L'analisi dei dati indica una maggior frequenza di valori elevati di carico emotivo nelle emergenze psichiatriche. Dobbiamo tenere presente che i valori elevati di carico emotivo, nelle diverse emergenze, correlano positivamente tra di loro ($p < ,001$), cioè chi ha risposto valori elevati ad una tipologia d'emergenza ha valori elevati anche nelle altre risposte. Da qui emerge che il carico emotivo, sebbene si accentui per le emergenze psichiatriche sembra essere una caratteristica non solo della tipologia d'emergenza ma anche del singolo soggetto.

Dalla nostra ricerca emerge che gli argomenti di maggiore interesse per la formazione sono rappresentati dalle emergenze comportamentali come il paziente violento e aggressivo, l'utilizzo dei farmaci psichiatrici ma anche la comunicazione e la gestione emotiva della relazione con il paziente e i familiari. La rilevanza attribuita a questi argomenti trova un riscontro anche nelle analisi che abbiamo condotto. Nelle risposte ai quesiti clinici si è evidenziata una capacità significativamente inferiore nella scelta delle terapie farmacologiche appropriate piuttosto che nella diagnosi e nella gestione delle EP. Tale dato si contrappone ad uno studio presente in letteratura, condotto presso un dipartimento d'emergenza ad Hong Kong che riporta tra psichiatri e medici d'emergenza una concordanza del trattamento farmacologico nel 89,5% dei casi mentre risulta una concordanza inferiore nella diagnosi (61,4%)¹⁰.

Limiti dello studio

Il questionario differisce da quello proposto da Pajonk e Moecke nel 2002 per il fatto che non presenta una parte nella quale venga indagata la storia personale del soggetto nei confronti delle malattie psichiatriche e il proprio stile affettivo e cognitivo. Il nostro studio, condotto a fini esplorativi, non in-

tendeva testare aspetti personali ma professionali, pertanto l'oggettività di alcune affermazioni dei partecipanti non è verificabile. In particolare l'interesse per le problematiche psichiatriche potrebbe essere dovuto a motivi meramente personali e soggettivi, come ad esempio aver un parente affetto da un grave disturbo mentale, piuttosto che realmente credere che la conoscenza della psichiatria possa migliorare l'assistenza e l'operato del medico d'emergenza. Non abbiamo quindi la possibilità di definire il motivo per il quale un soggetto ritiene importanti le emergenze psichiatriche né il motivo per il quale 204 partecipanti al programma di certificazione non hanno risposto al questionario.

Inoltre il campione in studio è composto da medici che hanno deciso volontariamente di partecipare e rispondere al questionario. Pertanto possiamo ritenere che i soggetti che hanno risposto possano essere comunque variamente interessati e motivati verso la formazione nelle emergenze psichiatriche.

Conclusioni

Da questo studio esplorativo risulta che le emergenze psichiatriche non sono una realtà secondaria per il medico d'emergenza a cospetto dell'importanza limitata, seppur crescente, data a questo settore delle emergenze nella formazione e nella didattica.

I medici intervistati, rispetto agli studi epidemiologici presenti in letteratura ¹¹, sembrano sottostimare la frequenza delle emergenze psichiatriche ma non l'impatto emotivo, sottolineando l'importanza che hanno per il medico e per la sua formazione.

Dalle risposte si evince che mediamente i medici d'emergenza ritengono che la propria preparazione nella psichiatria sia scarsa e ne riconoscono invece un'importanza considerevole.

Chi attribuisce maggiore importanza alla conoscenza delle emergenze psichiatriche ritiene anche di conoscerle meglio.

Le informazioni raccolte con l'analisi del questionario ed in particolare i dati preliminari relativi all'interesse specifico per i diversi settori della psichiatria d'emergenza, sono già stati utilizzati per la programmazione di un corso di lezioni per il master di medicina d'urgenza dell'anno accademico 2005/2006.

Nello scopo di migliorare questo tipo di indagine e di poter interpretare in maniera più significativa i risultati, in futuro, sarà opportuno trovare un modo per validare la qualità delle risposte date. Una ipo-

tesi è quella di indagare aspetti più personali degli intervistati, quali ad esempio la relazione soggettiva con la patologia psichiatrica, valutando quanto un coinvolgimento personale influenzi la valutazione dell'importanza della psichiatria nella medicina d'emergenza.

L'auspicio è che questo lavoro iniziale possa servire, da stimolo per migliorare la formazione e la qualità lavorativa dei medici d'emergenza e che possa rafforzare la collaborazione e il dialogo tra due discipline apparentemente lontane come la psichiatria e la medicina d'emergenza ma che, sempre più frequentemente, si trovano in stretto contatto.

Bibliografia

- 1 Pajonk FG, Bartels HH, Biberthaler P, Bregenzer T, Moecke H. *Psychiatric emergencies in preclinical emergency service; incidence, treatment and evaluation by emergency physicians and staff*. *Nervenarzt* 2001;72:685-92.
- 2 Hazlett SB, McCarthy ML, Londner MS, Onyike CU. *Epidemiology of adult psychiatric visits to US emergency departments*. *Acad Emerg Med* 2004;11:193-5.
- 3 Saliou V, Fichelle A, McLoughlin M, Thauvin I, Lejoyeux M. *Psychiatric disorders among patients admitted to a French medical emergency service*. *Gen Hosp Psychiatry* 2005;27:263-8.
- 4 Larkin GL, Claassen CA, Emond JA, Pelletier AJ, Cargano CA. *Trends in U.S. emergency department visits for mental health conditions, 1992 to 2001*. *Psychiatr Serv* 2005;56:671-7.
- 5 Ban KM, Pini R, Sanchez LD, Weiner SG, Anderson PD, Grifoni S, et al. *The Tuscan Emergency Medicine Initiative*. *Ann Emerg Med* 2007;50:726-32.
- 6 Pajonk FG, Biberthaler P, Cordes O, Moecke HP. *Psychiatric emergencies from the viewpoint of the emergency physician*. *Anaesthesist* 1998;47:588-94.
- 7 Pajonk FG, Lubda J, Sittinger H, Moecke H, Andresen B, Von Knobelsdorff G. *Assessment of psychiatric emergencies by physicians in the pre-hospital emergency medical system. A re-evaluation after 7 years*. *Anaesthesist* 2004;53:709-16.
- 8 Santucci KA, Sather J, Baker MD. *Emergency medicine training programs' educational requirements in the management of psychiatric emergencies: current perspective*. *Pediatr Emerg Care* 2003;19:154-6.
- 9 Bottlender R, Strauss A. *What do medical students in the 6th clinical semester know about psychiatric emergencies?* *Psychiatr Prax* 2000;27:286-90.
- 10 Tse SK, Wong TW, Lau CC, Yeung WS, Tang WN. *How good are accident and emergency doctors in the evaluation of psychiatric patients?* *Eur J Emerg Med* 1999;6:297-300.
- 11 Wilhelm W. *Psychiatric emergencies: emergencies for the emergency physician?* *Anaesthesist* 2003;52:575-6.