

# Valutazione clinica focalizzata del paziente con alterazioni del comportamento in Pronto Soccorso

Daniele Coen

SC Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, AO Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano



## SINTESI

La letteratura e l'esperienza clinica documentano come i pazienti con disturbi del comportamento – tanto nel senso di agitazione-aggressività quanto nel senso di passività-ipoattività – possano essere affetti da malattie primitivamente psichiatriche o da condizioni organiche di varia natura, tra le quali spiccano le malattie del SNC, le malattie metaboliche, le infezioni, le intossicazioni e le reazioni avverse da farmaci. È dunque importante che

l'organizzazione del Pronto Soccorso e l'atteggiamento dei medici che vi operano consentano una valutazione globale di questi pazienti per identificare la presenza di quadri clinici d'urgenza e per indirizzare al percorso più appropriato i malati. Alcune recenti puntualizzazioni sul tema, proposte da una commissione ad hoc dell'American College of Emergency Physicians (ACEP), forniscono l'occasione per questa breve revisione.

Il termine *valutazione clinica focalizzata* (*focused medical assessment*) viene sempre più spesso proposto dalla letteratura anglosassone in luogo del più classico termine *medical clearance*, che definisce in modo forse eccessivamente certificativo l'intervento del medico d'urgenza chiamato a definire l'assenza di problemi acuti di natura organica in un paziente con disturbi del comportamento.

Il richiamo alla focalizzazione della valutazione, in qualche modo in analogia con il termine utilizzato per le indagini ecografiche svolte per dare rapide risposte a precisi quesiti (FAST), centra l'attenzione sul sintomo acuto, chiedendo appunto al medico di escludere una causa organica per l'alterazione del comportamento in atto, o nel caso in cui una causa o una concausa organica non possano essere esclusi, di impostarne la diagnostica e il trattamento prima di ricorrere, quando dovesse essere ancora necessario, alla consulenza dello specialista psichiatra. Una più completa valutazione di tutte le condizioni clini-

che eventualmente presenti, ma non responsabili della sintomatologia attuale, può ragionevolmente essere rinviata a un momento successivo o a un medico non impegnato nella gestione dell'urgenza<sup>1,2</sup>.

## Epidemiologia

È difficile dire quale percentuale dei pazienti che accedono al Pronto Soccorso presentino problemi di natura comportamentale. Si va infatti da un'incidenza di circa il 5 % quando si considerino solo sintomi francamente "psichiatrici" quali ansia, agitazione, allucinazioni, delirio o franca sintomatologia depressiva, a valori nettamente più elevati, anche se difficilmente quantificabili, quando si allarghi in campo ai disturbi della coscienza (sopore, confusione, disorientamento) e ai disturbi del comportamento legati all'abuso di sostanze o a preesistenti disturbi cognitivi su base organica (deficit intellettivi, demenze, esiti di patologie del SNC ecc.).

In sintesi si può ritenere che il medico d'urgenza pos-

sa trovarsi di volta in volta di fronte a una delle seguenti presentazioni cliniche:

1. disturbi del comportamento di nuova insorgenza in assenza di malattie organiche note;
2. disturbi del comportamento di nuova insorgenza in presenza di malattie organiche note;
3. recidiva di disturbi del comportamento in presenza di diagnosi psichiatrica o organica nota;
4. esordio o recidiva di disturbi comportamentali in associazione con abuso o con sospetto abuso di alcolici o di sostanze psicotrope.

## Disturbi del comportamento di nuova insorgenza

La probabilità di trovarsi di fronte a una manifestazione psichiatrica dovuta a una malattia organica o ad una intossicazione varia significativamente col variare della storia clinica e della presentazione del paziente. Se la presenza di malattie organiche note aumenta la probabilità che ci si trovi di fronte a un problema di natura non psichiatrica, è in ogni caso obbligatorio considerare come di natura medica ogni alterazione del comportamento di nuova insorgenza fino a prova contraria.

La Tabella 1 riporta le condizioni che aumentano il rischio di una patologia organica come causa di sintomi psichiatrici. Queste condizioni devono essere attentamente ricercate in tutti i casi attraverso l'anamnesi, raccolta dal paziente o dai suoi accompagnatori, e uno scrupoloso esame obiettivo.

In uno studio del 1997 Olshaker *et al.* riferiscono che su 352 pazienti giunti in Pronto Soccorso per sintomatologia psichiatrica, 65 (19%) presentavano un problema acuto di interesse medico<sup>3</sup>. In modo analogo, Puryear *et al.* documentano la rilevanza delle reazioni avverse da farmaci come causa dei sintomi nel 20% di 118 pazienti anziani in accesso a un Pronto Soccorso psichiatrico<sup>4</sup>. La Tabella 2 riassume le più comuni cau-

se organiche di alterazione acuta del comportamento, utilizzando l'acronimo FIND ME proposto come ausilio mnemonico dagli autori americani.

Nell'ambito dei disturbi del comportamento correlati con condizioni organiche è di particolare rilievo il *delirium*, una sindrome caratterizzata dalla veloce insorgenza di alterazioni fluttuanti dello stato mentale, in concomitanza con una patologia organica e in assenza di un noto quadro di demenza<sup>5</sup>.

Il *delirium* è una manifestazione comune nei pazienti ospedalizzati con età maggiore di 65 anni ed è stato riportato in percentuali variabili tra il 10% e il 30% degli anziani ricoverati nei reparti di medicina, chirurgia o terapia intensiva<sup>6</sup>. La presenza di un *delirium* è un segno prognosticamente negativo, in quanto correlato con una mortalità ospedaliera del 15-30%<sup>7</sup>. Oltre agli interventi indirizzati al controllo della sintomatologia comportamentale acuta è dunque importante rivalutare in questi casi il quadro clinico sottostante con attenzione alla presenza di altri possibili segni di una evoluzione negativa della malattia di base.

È infine utile domandarsi se la valutazione di un malato con sintomatologia comportamentale da parte del medico d'urgenza o dell'internista, debba necessariamente comprendere anche un accertamento di laboratorio. A questo proposito, pur non essendo disponibili in letteratura casistiche di Pronto Soccorso, è possibile trarre qualche indicazione da studi che hanno analizzato l'incidenza di esami di laboratorio utili ai fini diagnostici su coorti di pazienti ricoverati in reparto psichiatrico. Ferguson *et al.*, su 650 nuovi ricoveri in psichiatria hanno rilevato 2.753 esami di laboratorio, dei quali 463 positivi. Solo 2 degli esami alterati non erano prevedibili sulla base della storia clinica<sup>8</sup>. Dolan *et al.* hanno svolto una analoga ricerca su 250 pazienti ricoverati in psichiatria, documentando che meno di 1 test ogni 50 risultava utile dal punto di vista clinico<sup>9</sup>.

Sulla base di questi e di altri lavori, una commissione dell'*American College of Emergency Physicians (ACEP)* ha ragionevolmente concluso che gli esami di laboratorio di routine sono di scarsa utilità nei pazienti con sintomatologia psichiatrica e che ogni esame deve essere guidato dall'anamnesi e dall'esame obiettivo<sup>2</sup>.

## Recidiva di un disturbo del comportamento

I pazienti che presentano episodi recidivanti di manifestazioni comportamentali o psichiatriche sono in genere di più facile inquadramento. Se l'anamnesi viene raccolta correttamente e le manifestazioni cliniche riproducono con chiarezza un quadro già diagnosticato, non vi è in molti casi ragione di allargare la diagnosi differenziale.

### TAB. 1

Condizioni a rischio per una causa organica della sintomatologia comportamentale

- Insorgenza tardiva (oltre i 40 anni)
- Assenza di una storia psichiatrica
- Insorgenza improvvisa dei sintomi
- Presenza di malattie sistemiche note
- Recenti modificazioni della terapia
- Rapporto temporale con un quadro di convulsioni
- Alterazione dei parametri vitali
- Ottundimento del sensorio
- Disorientamento
- Allucinazioni visive

È però opportuno non ricondurre frettolosamente a quanto già noto ogni e qualsiasi sintomo comportamentale, in particolare se la distanza tra le recidive è lunga o se nel frattempo sono intercorsi altri problemi di salute o modificazioni della terapia. Non vi è infatti alcuna documentazione che la malattia psichiatrica sia protettiva nei confronti delle altre patologie (al contrario è noto che malattie psichiatriche come la depressione o le psicosi sono correlate a un incremento del rischio di malattia cardiovascolare e della mortalità) mentre, come già detto, anche nei pazienti psichiatrici noti le alterazioni del comportamento possono essere la manifestazione di una patologia organica.

Per quanto riguarda per esempio le manifestazioni psichiatriche acute in pazienti con demenza, uno studio riporta che su 100 casi in 44 era possibile riconoscere un evento scatenante acuto (infezioni, disordini idroelettrolitici, intossicazioni)<sup>10</sup>. Con riferimento ai quadri di psicosi cronica o alle sue riacutizzazioni che giungono al Pronto Soccorso, è inoltre importante ricordare che, se il medico d'urgenza non riconosce la presenza di un rilevante problema organico, è improbabile che questo venga più tardi riconosciuto dallo psichiatra. In due studi osservazionali (non recentissimi), meno del 20% degli psichiatri eseguiva un esame obiettivo dei pazienti ricoverati<sup>11,12</sup>.

L'approccio a pazienti psichiatrici con disturbi recidivi del comportamento può prevedere percorsi diagnostico-terapeutici diversi in considerazione della situazione organizzativa locale.

Nel caso di molti piccoli e medi ospedali per esempio, l'assenza di un reparto di psichiatria o anche solo l'assenza di uno psichiatra di guardia durante la notte, fanno sì che il medico di Pronto Soccorso debba occuparsi, almeno in un primo momento, tanto dei

## TAB. 2

Principali cause di agitazione/aggressività secondo l'acronimo FIND ME\*.

### Functional

- psichiatriche
  - schizofrenia
  - ideazione paranoide
  - mania
  - eccitazione catatonica
  - disordini di personalità (antisociali, borderline)
  - disturbi post-traumatici
- socio-ambientali
  - recente ospedalizzazione
  - recenti cambiamenti delle modalità di vita o ambientali

### Infectious

- infezioni SNC (meningite, encefalite)
- sepsi

### Neurologic

- traumi al capo/ematoma subdurale
- emorragia/ischemia cerebrale
- convulsioni (lobo temporale)
- stati post-critici
- tumori
- vasculiti
- demenze (anche AIDS-correlate)

### Drug

- effetti avversi da farmaci (almeno 150 farmaci relativamente comuni, ma probabilmente molti di più, sono stati messi in relazione con sintomatologia "psichiatrica")<sup>24</sup>
- intossicazione/astinenza da alcol
- overdose/tossicità da droghe
- amfetamine e derivati
- cocaina
- fenciclidina
- LSD
- gamma-idrossibutirrato
- astinenza da BDZ/narcotici
- intossicazione/sospensione da sedativi ipnotici
- anticolinergici
- idrocarburi aromatici
- steroidi anabolizzanti
- teofillina
- marijuana
- caffeina
- cortisonici

### Metabolic

- alterazioni elettrolitiche (in particolare iponatriemia)
- ipotermia/ipertermia
- anemia
- deficit vitaminici (B1, B6, B12, folati)
- encefalopatia di Wernicke
- ipossiemia
- ipercapnia
- encefalopatia epatica
- encefalopatia uremica
- encefalopatia ipertensiva
- shock
- porfiria

### Endocrine

- ipoglicemia
- tireotossicosi
- morbo di Cushing

\* modificato da 60 e da Moore GP. *The violent patient*. In: Rosen P, Barkin R, eds. *Emergency Medicine: concepts and clinical practice*. Inc. Ed. 4, vol. 3 Mosby Year Book, St. Louis, 1998, 2871-79.

problemi organici che dei problemi psichiatrici dei pazienti, ricorrendo alla consulenza specialistica solo in un numero relativamente limitato e motivato di casi.

Diversa può essere la situazione nel caso di molti grandi ospedali dove la consulenza psichiatrica è disponibile 24 ore al giorno o dove addirittura esiste un vero e proprio Pronto Soccorso psichiatrico. In queste situazioni il medico di urgenza gode di maggiori opportunità (per esempio quella di vedere i pazienti noti per problemi psichiatrici solo dopo una prima valutazione e dietro richiesta dello psichiatra), anche se in linea teorica potrebbe essere più alto il rischio di non riconoscere precocemente una causa o concausa organica dei sintomi.

La Tabella 3 riporta a titolo esemplificativo il protocollo di *triage* dei pazienti con sintomatologia psichiatrica in uso presso l'Ospedale di Niguarda di Milano. La sicurezza di questo comportamento, oltre che dalla vicinanza fisica degli ambulatori e dalla continua collaborazione tra medici d'urgenza e psichiatri, è sostenuta da alcuni studi, come quello di Korn *et al*<sup>13</sup>. In questa casistica sono stati seguiti 212 pazienti, vigili, tra i 16 e i 65 anni, per i quali era ipotizzata la necessità di una valutazione psichiatrica in Pronto Soccorso. Di questi, 80 (38%) presentavano solo sintomi psichiatrici e una anamnesi positiva solo per disturbi psichiatrici, mentre 142 (62%) presentavano anche sintomatologia organica o erano noti anche per problemi non psichiatrici. Dopo esame obiettivo ed esami "di routine", nessuno dei pazienti del primo gruppo risultava presentare problemi di rilievo diversi dalla nota condizione psichiatrica.

## **Disturbi comportamentali in pazienti che hanno assunto alcool o sostanze psicotrope**

Una anamnesi o una chiara evidenza di recente consumo di alcool o di sostanze psicotrope non escludono la possibilità che il paziente presenti contemporaneamente altri problemi di salute o altri sintomi che al momento, in presenza di una alterazione dello stato di coscienza potrebbe non essere in grado di comunicare. In questi casi è particolarmente importante sollecitare attivamente il paziente a riferire tutti i sintomi attivi. È inoltre fondamentale recuperare una eventuale storia di trauma e riscontrarne gli eventuali segni obiettivi.

Un problema che viene spesso posto è se sia o meno necessario confermare il quadro clinico con esami tossicologici sul sangue o sulle urine. A questo proposito è interessante uno studio già citato<sup>3</sup>, che dimostra come l'anamnesi abbia una sensibilità > 90% nel prevedere la positività di un test di *screening* tossicologico sulle urine o di una etanolemia, concludendo che il metodo più economico e vantaggioso per rilevare l'uso di farmaci o di alcool è quello di chiederlo al paziente. Lo stesso studio dimostra che anche l'utilità degli esami tossicologici per una diagnosi eziologica dei sintomi è modesta. L'esame tossicologico delle urine aveva infatti una sensibilità < 20% nel determinare una causa organica dei sintomi. Un altro studio, condotto su 392 pazienti visti in un PS psichiatrico e randomizzati a test urine obbligatorio o solo sulla base di una richiesta motivata, dimostrava che l'utilizzo di un test di *screening* non modificava in alcun modo le decisioni dei medici<sup>14</sup>.

La Commissione dell'ACEP già citata<sup>2</sup> conclude su questo tema affermando che «lo *screening* tossicologico sulle urine del paziente con sintomi comporta-

**TAB. 3**

Protocollo per l'assegnazione a medico d'urgenza o psichiatra dei pazienti con disturbi comportamentali in uso presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Niguarda, Milano.

### **Richiesta di consulenza psichiatrica diretta**

L'infermiere di *triage* è autorizzato a convocare direttamente il consulente psichiatra *solo* nei seguenti casi:

- a) paziente inviato da uno psichiatra territoriale con richiesta di ricovero in SPDC;
- b) paziente già in carico ai Servizi Psichiatrici (SPDC, CPS) con le seguenti caratteristiche:
  - non accusa sintomatologia organica
  - non è nota condizione organica cronica di rilievo
  - presenta disturbi del comportamento in atto o richiede espressamente un colloquio con lo psichiatra
  - non ha subito traumi recenti

*In tutti gli altri casi il paziente dovrà essere prima valutato dal medico internista di Pronto Soccorso.*

Si consiglia particolare attenzione nel caso di pazienti anziani, con prima manifestazione di disturbo comportamentale, con cefalea, con febbre, con uso recente di alcool o sostanze psicotrope.

mentali, vigile e collaborante con parametri vitali normali in assenza di una storia o di una obiettività indicativi non influenzano il *management* del paziente e non devono essere considerati come parte integrante della valutazione di Pronto Soccorso». Si afferma inoltre che «l'attesa del risultato di un esame tossicologico di screening non dovrebbe ritardare la valutazione o il trasferimento del paziente».

La Commissione dell'ACEP risponde infine ad un'ultima domanda, ovvero se un elevato valore di alcolemia debba precludere la valutazione dello psichiatra in un paziente peraltro vigile e collaborante. Pur riconoscendo che i sintomi psichiatrici (in particolare l'atteggiamento suicidario e il bisogno di ricovero) siano destinati a ridursi con il ridursi della alcolemia, l'indicazione dell'ACEP, forse fin troppo ovvia, è che la scelta del momento adatto per la valutazione psichiatrica debba essere dettato piuttosto dal livello cognitivo raggiunto dal paziente che dal suo tasso alcolemico e che comunque sia opportuno un periodo di osservazione per determinare se i sintomi psichiatrici si riducano spontaneamente con il risolversi dell'intossicazione<sup>2</sup>.

## Conclusioni

Il malato con sintomi psichiatrici non differisce per il medico di Pronto Soccorso da tutti gli altri malati. Deve essere ascoltato e visitato, deve fare degli esami solo se l'anamnesi o l'obiettività lo indicano, deve essere inviato a un consulente psichiatra solo se la situazione lo rende immediatamente necessario. Una anamnesi e un esame obiettivo meticolosi sono sufficienti nella maggior parte dei casi a distinguere i pazienti con disturbi primitivamente psichiatrici da quelli nei quali le alterazioni comportamentali sono secondarie a un problema clinico di altra natura.

Perché queste affermazioni si traducano in una pratica corretta e volta al maggior beneficio del paziente, è importante che il medico d'urgenza, in aggiunta alle conoscenze riassunte in questo articolo, sviluppi anche un atteggiamento basato sulla consapevolezza dei seguenti punti:

- trattare con un paziente che presenta alterazioni del comportamento è una cosa non sempre facile e richiede formazione e competenze specifiche che non devono essere in alcun modo di esclusiva pertinenza dello specialista psichiatra;
- la "psichiatrizzazione" di tutti i disturbi del comportamento, oltre ad aumentare il rischio di sottovalutare una possibile causa organica, inserisce il paziente in un circuito assistenziale e di cura che può assumere valenze emotive e sociali negative; la decisione di avvalersi di una consulenza psichiatrica dovrebbe dunque essere concordata con il paziente ogni volta che ciò sia possibile.

## Bibliografia

1. Karas S Jr. Behavioral emergencies differentiating medical from psychiatric disease. *Emerg Med Practice* 2002; 4 (3): 1-20.
2. The American College of Emergency Physicians Clinical Policies Subcommittee on Critical Issues in the Diagnosis and Management of the Adult Psychiatric Patient in the Emergency Room. Clinical policy: critical issues in the management of the adult psychiatric patient in the emergency room. *Ann Emerg Med* 2006; 47: 79-99.
3. Olshaker JS, Browne B, Jerrad DA, et al. Medical clearance and screening of psychiatric patients in the emergency department. *Acad Emerg Med* 1997; 4: 124-128.
4. Puryear DA, Lovitt R, Miller DA. Characteristics of elderly persons seen in an urban psychiatric emergency room. *Hosp Commun Psychiatry* 1991; 42 (8): 802-807.
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>th</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994: 124-133.
6. Beresin EV. Delirium in the elderly. *J Geriatric Psychiatry Neurol* 1988; 1: 127-143.
7. Taylor D, Lewis S. Delirium. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1993; 56: 742-754.
8. Ferguson B, Dudlestone K. Detection of physical disorder in newly admitted psychiatric patients. *Acta Psychiatr Scand* 1986; 74: 485-489.
9. Dolan JG, Mushlin AI. Routine laboratory testing for medical disorders in psychiatric inpatients. *Arch Intern Med* 1985; 145: 2085-88.
10. Purdie FR, Honigman B, Rosen P. Acute organic brain syndrome: a review of 100 cases. *Ann Emerg Med* 1981; 10(9): 455-460.
11. Patterson C. Psychiatrists and physical examinations: a survey. *Am J Psych* 1978; 135: 967.
12. Riba M, Hale M. Medical clearance: fact or fiction in the hospital emergency room. *Psychosomatics* 1990; 31 (4): 400-404.
13. Korn CS, Currier GW, Henderson SO. "Medical clearance" of psychiatric patients without medical complaints in the emergency room. *J Emerg Med* 2000; 18: 173-76.
14. Schiller MJ, Shumway M, Batki SL. Utility of routine drug screening in a psychiatric emergency setting. *Psychiatr Serv* 2000; 51: 474-478.

## ABSTRACT

Literature and clinical experience document how patients with behavioural disorders – including both those with agitation and aggression and passivity-hypoactivity conditions – can be primarily affected by psychiatric diseases or organic conditions of various kinds, most notably CNS diseases, metabolic diseases, infections, intoxications and adverse reactions to medication. It is therefore important for the organisation of Accident and Emergency Depart-

ments and the approach of the medical staff working there to allow overall evaluation of these patients to identify the presence of urgent clinical situations and referral of the patients to the most appropriate programme. A set of observations on the subject, put forward by a dedicated commission of the American College of Emergency Physicians (ACEP), provides the opportunity for this brief review.