



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





SOMMARIO

Anno XXVI • n. 1 • gennaio-giugno

IN PRIMO PIANO

2 Al vertice della SIP: Claudio Mencacci

di A. Giannelli

3 Lettera dal presidente della Società Italiana di Psichiatria

di C. Mencacci

5 Neuroetica e psichiatria

di A. Giannelli

SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

12 Il polo ospedaliero della psichiatria nel modello di organizzazione per intensità di cura

di E. Bondi, S. Cesa, L. Chiappa, M. Rabboni

22 Depressione e disturbi cardiovascolari

di A. Bertani, C. Gala

27 L'unicità molecolare della Depressione Maggiore: considerazioni biologiche e implicazioni teoretiche

di M. Cocchi, L. Tonello, F. Gabrielli, A. Castaldo

35 L'esperienza dell'ambulatorio vademecum per l'ansia e la depressione: orientamenti per una medicina di comunità

di F. Colmegna, E. Biagi, E. Giampieri, U. Mazza, L. Zappa, A. Lax, F. Bartoli, M. Clerici

40 L'esito dei programmi di residenzialità leggera: uno studio preliminare in due DSM a Milano

di C. Di Lello, S. Taddei, A. Cataldi, E. Ronchi, P. Miragoli, G. Pozzi, C. Dudek, G. Biffi, P. Pismataro

46 Individuazione precoce del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) in soggetti a rischio: prospettive di prevenzione

di V. Venturi, G. Cerveri, G. Migliarese, M. Riva, I. Tedeschi, C. Mencacci

NOTE DAI CONVEGNI

56 VI Convegno della F.I.A.P.

Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia

58 Disturbi affettivi tra ospedale e territorio: la sfida per una corretta risposta di cura

SPAZIO APERTO

62 Il progetto del Policlinico di Milano per i disturbi psicopatologici derivanti dalla crisi in atto

Comunicato Stampa

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata e Diretta da:

Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:

Massimo Rabboni (Bergamo)
Massimo Clerici (Monza)

Comitato Scientifico:

Gianluigi Tomaselli (Treviglio, BG)
Giorgio Cerati (Legnano)
Emilio Sacchetti (Brescia)
Silvio Scarone (Milano)
Gian Carlo Cerveri (Milano)
Arcadio Erlicher (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Costanzo Gala (Milano)
Gabriella Ba (Milano)
Cinzia Bressi (Milano)
Claudio Cetti (Como)
Giuseppe De Paoli (Pavia)
Nicola Poloni (Varese)
Antonio Magnani (Castiglione delle Stiviere, MN)
Gianluigi Nobili (Desenzano, BS)
Andrea Materzanini (Iseo, BS)
Alessandro Grecchi (Varese)
Francesco Bartoli (Monza)
Lucia Volonteri (Milano)
Antonino Calogero (Castiglione delle Stiviere, MN)

Segreteria di Direzione:

Giancarlo Cerveri

Art Director:

Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o DSM A. O. Ospedali Riuniti di Bergamo - Largo Barozzi, 1 - 24128 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

IN COPERTINA: *Jeanne de Lorme de Lisle*
Joseph Chinard, 1802

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it



Il polo ospedaliero della psichiatria nel modello di organizzazione per intensità di cura

Emi Bondi, Simonetta Cesa*, Laura Chiappa**, Massimo Rabboni**

1. INTRODUZIONE

Tra le molte teorie eziologiche, e quindi terapeutiche, che si sono nel corso del tempo sviluppate in ordine alla malattia mentale, è possibile rintracciare un importante filo rosso, mai di fatto venuto meno, al di là delle caratteristiche e della temperie della medicina fisica: questo filo rosso è rappresentato dal convincimento che sia parte essenziale della cura, in psichiatria, la regolazione delle distanze relazionali tra le persone, e la gestione accurata degli spazi in cui queste relazioni si dipanano, secondo regole architettoniche rigorose, fortemente orientate in senso prossemico e dotate di grande specificità.

Così, già nel 1789 Pietro Leopoldo di Asburgo Lorena, granduca di Toscana, il “principe filosofo” del secolo dei Lumi, attuando quella straordinaria riorganizzazione degli ospedali granducali che sarebbe in seguito stata conosciuta come la “pragmatica utopia” dedicava, tanto nel sito di Santa Maria Nuova, degli ammalati curabili, quanto in quello di Bonifazio, per gli incurabili, settori separati per i malati mentali, configurati come molto

impegnativi sul piano assistenziale, fino a prevedere un rapporto di uno a uno tra ammalati ed infermieri (1).

In ambito psichiatrico, prima il bergamasco Filippo Lussana, poi il milanese Andrea Verga codificheranno quella somma di prescrizioni, su cui di fonderà tutta la fioritura dell’edilizia manicomiale negli anni intorno all’inizio del XX secolo: prescrizioni ovviamente di stampo positivista ed igienista, ma costantemente, ed anche fantasiosamente attente ad inventare un ospedale coerente con le necessità specifiche dei suoi utilizzatori; può valere per tutti l’idea del manicomio di Cogoleto, costruito nella forma di un borgo aperto, con vie, negozi e padiglioni/edifici civici.

In tempi più recenti, nonostante qualche dibattito ancora attivo sulla vocazione della psichiatria a collocarsi nell’ambito dei servizi sociali, piuttosto che delle specialità mediche, l’organizzazione generale dei servizi, ma con un riferimento particolare ai poli ospedalieri ha scelto di orientarsi irreversibilmente su un modello globale di inclusione nell’ambito sanitario (esemplare, in questo senso, il percorso che portò, in Lombardia, alla approvazione nel 1997 della Legge 31, istitutiva del SSR aziendalizzato); ambito del quale, quindi, ha cominciato a condividere le vicissitudini e l’evoluzione.

Se mai, questo peculiare punto di vista della psichiatria sulla organizzazione dei suoi luoghi di cura, senza mai stemperarsi o disperdersi diverrà, nel tempo, una chiave di lettura più estensiva, cui faranno riferimento i modelli organizzativi degli ospedali generali, nei loro rapporti con la società (2), o con il territorio di cui sono espressione (3).

2. IL MODELLO PER INTENSITÀ DI CURE NELL'OSPEDALE GENERALE.

Il modello organizzativo per intensità di cura e di complessità assistenziale nasce all'interno del più generale contesto della Clinical Governance. La Clinical Governance è una struttura ideale che nasce all'interno del National Health Service in Gran Bretagna negli anni '90 e si diffonde velocemente nel contesto europeo; struttura che pone l'attenzione su obiettivi di qualità dei servizi e su standard assistenziali elevati nella risposta alla domanda sanitaria delle persone.

I fattori di criticità che sono nel corso degli anni cresciuti all'interno della organizzazione tradizionale dell'ospedale generale sono numerosi: tra questi possiamo ricordare:

- la transizione epidemiologica: con il progressivo invecchiamento della popolazione si assiste ad un incremento dei problemi di salute che divengono man mano più complessi ed interdipendenti;
- l'innovazione tecnologica: rende disponibili indagini più complesse e terapie sempre più avanzate e sempre in evoluzione con costi sempre maggiori;
- il "consumerismo": (o una maggiore percezione dello stato di salute), che si associa ad una richiesta maggiore di prestazioni sanitarie da parte dell'utenza;
- l'attenzione sempre crescente, da parte dell'utenza, alla qualità dei servizi rispettivamente offerti e ricevuti dai sistemi sanitari;
- il mancato incremento o riduzione delle risorse disponibili;
- la conseguente necessità di un utilizzo efficiente delle risorse stesse in un'ottica di sostenibilità del sistema mantenendo l'imperativo sociale della qualità delle cure, garantendo la centralità del paziente-cittadino.

Come si vede, tali elementi di criticità toccano tutte e tre le aree, che si riconoscono all'interno del sistema della "Clinical Governance", e cioè il paziente, l'organizzazione

stessa, ma anche, naturalmente, i professionisti sanitari, la cui esigenza prioritaria può essere definita come l'integrazione fra la ricerca dell'efficacia, che è il loro punto di vista più tipico, e la ricerca dell'efficienza, che è il tipico punto di vista del gestore (4). Ricordiamo che la Clinical Governance, è definibile come una "strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale" (5). Nel rapporto tra le tre aree, ed in particolare intorno al tema di quale funzione di governance debba essere riconosciuta ai professionisti sanitari si colloca, per altro, uno degli snodi critici non ancora integralmente risolti del sistema (6).

In Italia, la Lombardia è stata tra le prime regioni a riconoscere la necessità di modificare il tradizionale sistema di organizzazione degli ospedali basato sull'esistenza di reparti e servizi ordinati per specialità, e quindi assai spesso ridondanti, attraverso l'introduzione di un nuovo modello, quello appunto per intensità di cure, che viene anticipato addirittura nel 1998, quando la DGR Lombardia VI/38133/1998 "Definizione dei requisiti e indicatori per l'accreditamento delle strutture sanitarie", afferma che "l'assistenza infermieristica deve essere rapportata all'intensità delle cure" e pone quindi il problema di come misurare tale intensità o, più correttamente, tale complessità.

2.1 Le definizioni di base.

In sintesi, l'intensità delle cure è un approccio alla gestione logistica-organizzativa delle strutture ospedaliere "consistente nella presenza di aree meno delimitate rispetto alle vecchie divisioni e alle attuali strutture complesse, ma è soprattutto un rapporto assistenziale competente che dipende dal numero di pazienti assistiti da ciascuna unità infermieristica, senza barriere verso le altre strutture dell'azienda, con pazienti che passano (flusso) da un livello assistenziale, nel giro di giorni, a diverso livello assisten-

ziale, in base all'intensità clinicamente richiesta" (7). Il livello di cura richiesto dal caso consegue ad una valutazione di instabilità clinica (associata a determinate alterazioni di parametri fisiologici) e di complessità assistenziale (medica e infermieristica). Il livello di cura assegnato è invece definito dalla tecnologia disponibile, dalle competenze presenti e dal tipo, quantità e qualità del personale assegnato (8).

Ci troviamo quindi di fronte ad un ospedale (almeno nei suoi termini ideali), in cui la suddivisione dei posti letto in aree non è conseguenza del tipo di patologia specialistica, medica o chirurgica, da cui il paziente è affetto, ma appunto dalla intensità di cura che ogni singolo paziente richiede. In generale, possono essere individuate tre distinte aree di intensità di cura, rispettivamente alta, media e bassa, anche se l'evoluzione applicativa del modello tende a ritenere che in ospedale generale, in quanto struttura per acuti, non debba trovare posto la c.d. "low care" o bassa intensità assistenziale, da allocare in strutture appositamente dedicate per offrire livelli di intervento sia clinico sia assistenziale di più basso profilo, ma prolungate nel tempo, esattamente al contrario di quanto accade in un ospedale per acuti. In pratica, si incontrano quindi intensità di cura alta, medio alta e medio bassa rispettivamente (9).

Al di là della definizione estensiva, il livello di intensità di cura (e questo rappresenta forse il concetto fondamentale dell'intero sistema) risulta dal risultato di un algoritmo che lega altri due concetti, rispettivamente rappresentati dalla severità clinica e dalla complessità assistenziale.

La severità di una patologia sottintende almeno una delle seguenti condizioni: concreto incremento del rischio di mortalità, compromissione significativa della capacità di esecuzione delle attività di vita quotidiana (disabilità) o dell'autonomia globale dell'individuo (10). La severità clinica presuppone la concreta possibilità di peggioramento in breve tempo delle condizioni cliniche in modo anche grave. Collegata a questa è l'instabilità clinica, che fa riferimento ad una condizione medica in cui il paziente

presenta un'alterazione dei parametri vitali senza per questo richiedere cure intensive in senso vero e proprio, indicando al tempo stesso il grado di variabilità dell'assistenza medica e la gravità del paziente (11). È la situazione in cui possono ancora verificarsi eventi di pericolo di vita, non sempre precocemente prevedibili; l'infermiere con competenze avanzate ha un ruolo rilevante (12).

Per complessità assistenziale, infine, si intende l'insieme degli interventi che si riferiscono alle diverse dimensioni, definite da un modello concettuale di riferimento dell'assistenza infermieristica, espressi in termini di intensità di impegno e quantità-lavoro dell'Infermiere (13).

Va rilevato fin d'ora che quest'ultimo concetto si presta ad una applicazione sostanzialmente piana anche in ambito psichiatrico, laddove i due precedenti richiederanno, come sarà più avanti chiarito, aggiustamenti specifici anche considerevoli per poter essere correttamente applicati in ambito psichiatrico.

Quindi, sia pure con qualche approssimazione, possiamo dire che per un singolo paziente l'intensità di cura di cui questi necessita si definisce come il prodotto del suo livello di severità clinica (inclusivo del livello di instabilità), moltiplicato per il livello di complessità assistenziale.

Il variare del prodotto può essere determinato dal variare di entrambi, ma anche di uno solo dei due fattori: così, per esempio, un paziente anziano in attesa di intervento per una frattura di femore avrà livelli di severità e di instabilità bassi, ma un livello di complessità elevato, che lo farà plausibilmente collocare nell'area di intensità di cura medio alta; simile può essere il caso di un paziente depresso di cui sia già iniziato il recupero del tomismo.

2.2 L'algoritmo di accompagnamento del paziente nel percorso di ricovero e di cure ospedaliere.

Come apparirà ora chiaro, l'intero modello poggia su (o determina) una profonda revisione dell'algoritmo su cui si fonda la gestione del paziente nell'ospedale organizzato in maniera tradizionale. In questo, infatti, prescindendo per semplicità dalle attività programmate, il paziente che

giunge in Pronto soccorso viene qui trattato per patologie minori o minime; rapidamente stabilizzato ricevendo le prestazioni indifferibili, e subito dopo inviato al reparto specialistico di competenza per le patologie maggiori.

Il modello di organizzazione per intensità di cura poggia su un ruolo importante di filtro del Dipartimento di Emergenza Urgenza e sulla condivisione dei criteri di accesso ai vari livelli e di assegnazione dei pazienti alle aree specialistiche. Il Dipartimento di Emergenza Urgenza stratifica clinicamente il paziente e lo invia al livello che gli compete. È quindi determinante il contributo del pronto soccorso, dove sarà attivata un'area di "stazionamento" per l'osservazione breve che, oltre a permettere una maggiore appropriatezza nella decisione di ricovero, consentirà di realizzare le prescrizione diagnostiche con maggiore flessibilità e la stabilizzazione della persona prima dell'invio alla degenza che comunque si conta di non realizzare – di norma – per l'area internistica e per l'area chirurgica nelle fascia oraria notturna. Il modello prevede infatti che durante la fascia oraria notturna il pronto soccorso garantisca la continuità assistenziale alle persone in osservazione procrastinando alla mattina l'invio al setting più appropriato.

In altri termini, il Pronto soccorso viene ad identificarsi largamente con l'area di degenza ad alta intensità assistenziale, e deve essere quindi largamente dotato di strumenti e risorse di intervento diagnostiche e terapeutiche; viene quindi ad includere – quanto meno – la medicina d'urgenza, la chirurgia d'urgenza e tutte le terapie intensive. Il resto dell'ospedale diviene il luogo di prosecuzione del trattamento nel momento in cui la sua intensità inizi a ridursi. La funzione del Dipartimento di Emergenza e Urgenza rispetto ai pazienti psichiatrici rappresenta un ambito complesso di applicazione del modello, tanto che su questo sono ancora in corso approfondite valutazioni, sia a livello scientifico, sia a livello normativo. Diverso è certamente il caso del paziente psichiatrico che presenti anche una patologia internistica concomitante (per esempio una intossicazione acuta), rispetto al paziente psichiatrico puro, per il quale l'opportunità di una permanenza prolungata in Pronto Soccorso non è scontata. In proposito, il documento elaborato dal GAT di Regione Lombardia sugli SPDC si esprime in termini non definitiva, e recita infatti: "La presenza di aree ad alta intensità per la psichiatria collocate nel Pronto Soccorso rappresenta un possibile modello da sperimentare" (14).



Figura 1. Schema di una ipotesi di organizzazione del polo ospedaliero psichiatrico per intensità di cure, a partire dal triage.

Innumerevoli, ed inevitabilmente da trascurare in questa sede, per gli scopi che ci siamo dati, i dettagli operativi del sistema, che vanno dalla programmazione per fasce orarie dei trasferimenti, alla presenza di un ambulatorio infermieristico per i codici bianchi, all'utilizzo del c.d. "medico tutor".

Da precisare, invece, proprio per il ruolo che tradizionalmente riveste, ed ancor più andrà a rivestire in area psichiatrica, la funzione del "case manager". Ricorderemo che il *case management* viene definito come il processo di pianificazione, coordinamento, gestione e revisione dell'assistenza ad un individuo per accertarsi che risponda ai bisogni valutati di tale individuo (15).

Una cosiffatta definizione appare, ovviamente, del tutto coerente con quanto sin qui definito. Una seconda, importante descrizione del *case management* lo definisce come un modello organizzativo assistenziale che ha lo scopo di provvedere alla qualità delle cure, aumentare la qualità della vita, diminuire la frammentazione e contenere i costi dell'assistenza (16).

Sarà chiaro come questa seconda definizione sposti la logica dello strumento verso aspetti più legati alla razionalizzazione economica dei percorsi di cura: logica deve essere ben conosciuta, nella misura in cui, anche nel nostro paese, l'introduzione del sistema dei DRG sotto il profilo organizzativo, e l'ampia, anche se non universalmente condivisa, stesura di "linee guida", sotto il profilo clinico, evoca il sistema anglosassone dei "percorsi di cura" o clinical pathways.

Presupposto clinico, sociale ed organizzativo alla base del *case management*, nel senso in cui vorremmo intenderlo, è il considerare i pazienti come persone intere, che stanno vivendo un percorso di malattia, allontanandosi dalla concezione di vedere gli utenti attraverso le cure previste ed erogate in modo frammentario ed episodico.

In quest'ottica, quindi, il *case management* si muove al fine di promuovere il coordinamento, che prevede la creazione di nuovi servizi nati dalla collaborazione delle risorse esistenti; è la prevenzione che si realizza

attraverso la piena partecipazione del cittadino alla creazione del servizio del quale lui stesso fruirà. Nel *case management* vi è la creazione di un servizio virtuale scelto sulla base delle risorse disponibili e centrato sulle esigenze individuali del singolo utente, che coordina attivamente, collabora in prima persona alla creazione del servizio stesso e recupera preventivamente le sue potenzialità. In questo senso, perciò, il *case management* opera nel sistema sanitario in modo biunivoco: da un lato ottimizzandone le funzioni, ma dall'altro costituendosi come un importante fattore di promozione del cambiamento interno.

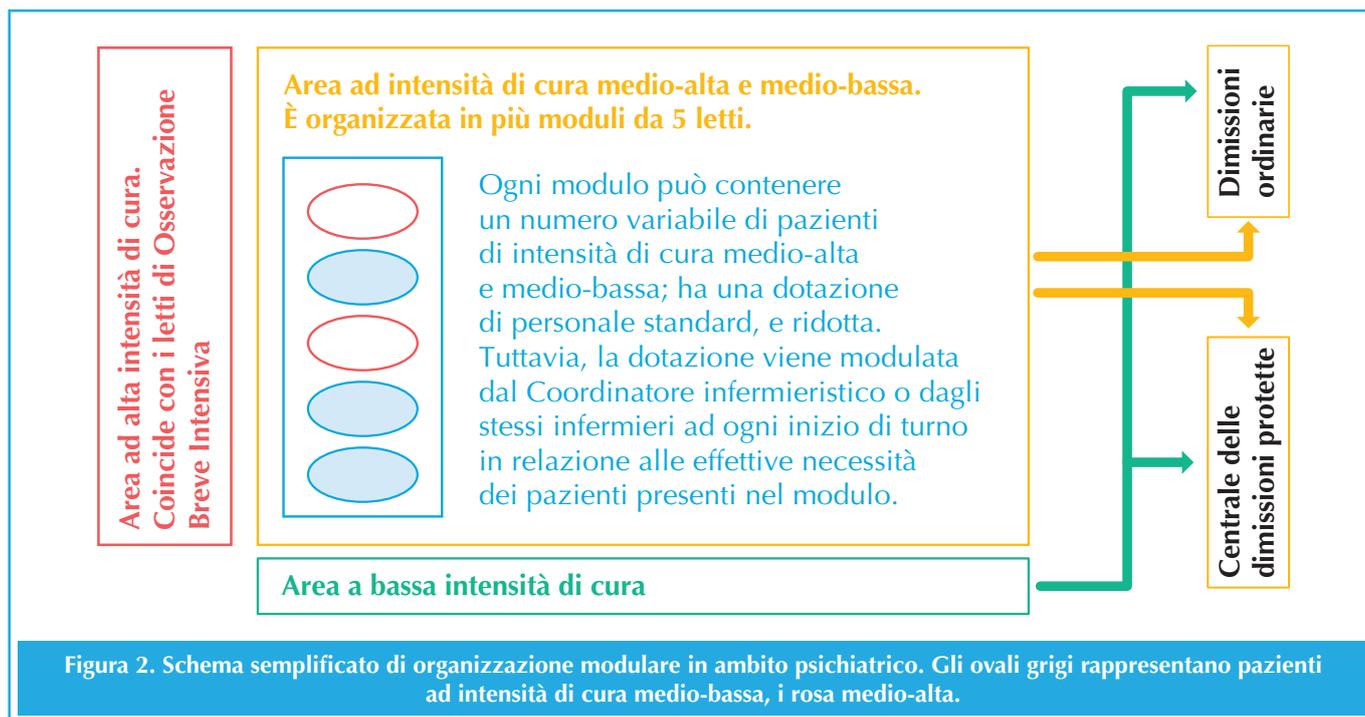
Vedremo nel prosieguo come questa figura possa costituirsi – quasi una sorta di cerniera – a raccordare le caratteristiche del modello generale dell'intensità di cura con le specificità della sua applicazione in ambito psichiatrico, pur essendo stata, per il settore specialistico, sempre maggiormente pensata come connessa alle esigenze del territorio più che a quelle dell'ospedale (17).

2.3 Modello organizzativo assistenziale: l'organizzazione modulare.

È l'ultimo dei capisaldi del modello generale, con cui è necessario confrontarsi prima di passare alla sua applicazione specifica in psichiatria.

Naturalmente, non è pensabile che un ospedale generale, piccolo o grande, risulti costituito da tre sole unità strutturali (quelle, appunto, dell'alta, media o bassa intensità assistenziale). D'altro canto, è evidente che il modello non è più compatibile con l'assetto ridondante tipico della vecchia suddivisione in reparti e servizi specialistici: è stata quindi costruita l'ipotesi di attivare una nuova tipologia di unità organizzativa, che viene appunto definita "modulo".

Pur cercando di descrivere nei suoi termini più generali la caratterizzazione di questa nuova unità organizzativa, dovremo rilevare sin d'ora che è proprio in questo ambito che l'applicazione del modello in psichiatria lo allontana maggiormente dalle regole comuni.



Il modello organizzativo modulare per l'assistenza infermieristica, nato come superamento dell'assistenza per compiti, prevede la presenza di un infermiere che coadiuvato da altri operatori, assume la responsabilità di tutte le attività infermieristiche rivolte ad un determinato gruppo di pazienti.

L'infermiere in turno diventa il referente dei pazienti del modulo; si creano così le condizioni per garantire la centralità della persona assistita, la continuità della presa in carico, la gestione della pianificazione e documentazione dell'assistenza infermieristica, la chiara assunzione di responsabilità nella risposta ai bisogni di assistenza infermieristica e l'inserimento appropriato degli operatori di supporto.

3. 1 L'applicazione del modello in psichiatria.

Due specificità connotano, in linea di principio, l'applicazione del modello in psichiatria. La prima, già in parte richiamata, è rappresentata dal ruolo che gli spazi, le loro caratteristiche e la loro organizzazione, insieme con l'organizzazione del personale, rivestono nel processo di trattamento di questa tipologia di pazienti, in fase di acuzie. La seconda, dal fatto che il modello italiano di

organizzazione del polo ospedaliero della psichiatria è assolutamente peculiare, tanto da poter essere solo con difficoltà confrontata con modelli stranieri, anche evoluti, ma comunque incentrati sul modello di ospedali mono- o pauci- specialistici (di fatto, per lo più, manicomi), che accolgono solo ammalati psichici. Di converso, la definizione di "ammalato psichico" è in questi casi certamente più ampia di quella italiana, includendo anche, solo per esempio, demenze, patologie degenerative e tossicodipendenze. Come conseguenza, ovvia in certo senso, ma che allontana ancora di più il modello internazionale da quello – per una volta assolutamente all'avanguardia – del nostro paese, la durata media dei ricoveri negli SPDC è di circa 14 giorni (18), ed inferiore alle due settimane per sei pazienti su dieci, risultando quindi assolutamente comparabile alle degenze medie di altre specialità dell'Ospedale generale; nei manicomi, le degenze continuano a risultare lunghe, o molto lunghe, di mesi o, a volte ancora, di anni. Contribuisce certamente a questo risultato anche l'elevato livello di semplicità e di efficienza clinica del dispositivo di trattamento sanitario obbligatorio vigente nel nostro paese, che risulta, come noto, di rapida instaurazione, ma anche di breve durata (19).

Tornando agli aspetti organizzativi, dovremo ricordare che nell'ambito di cui ci occupiamo i moduli devono avere necessariamente carattere vocazionale, sia sotto il profilo dell'identità specialistica, sia – almeno per una parte – sotto il profilo del “case mix”. Il territorio delle strutture psichiatriche ospedaliere deve in effetti, per la massima parte dei pazienti, essere demarcato e caratterizzato da specifici aspetti architettonici ed organizzativi, ai fini tanto della sicurezza, quanto della congruenza tra strutture, spazi e necessità del paziente. Con questo, le strutture fisiche che ospitano gli SPDC presentano una serie di peculiarità non presenti e non riproducibili in altre aree dell'ospedale generale, rendendo quindi ancora obbligato il mantenimento dell'identità specialistica.

D'altro canto, se per i moduli ad intensità medio alta o medio bassa, considerati come più tipici, è possibile ipotizzare un “case mix” adeguatamente misto, se non equilibrato, i moduli eventualmente destinati alla bassa intensità di cura non possono accogliere se non pazienti di questa tipologia, proprio per le specificità anche architettoniche ed ambientali, oltre che cliniche ed assistenziali, che ne caratterizzano le necessità; di conseguenza, non è al momento possibile prevedere in psichiatria una organizzazione modulare che integri tutti i livelli di intensità di cura.

La stessa tipologia di criticità tocca anche, ovviamente, le funzioni del pronto soccorso, dove la gestione del paziente psichiatrico acuto, spesso con concomitanti problemi di intossicazione o di patologie organiche concomitanti, risulta complessa. Il modello assistenziale per intensità di cura, però nella sua applicazione completa, chiede che la funzione di Osservazione breve intensiva, normalmente prevista per le altre specialità, possa essere utilizzata anche per la psichiatria, con il passaggio in SPDC dopo iniziale stabilizzazione e in tempi almeno parzialmente cadenzati. Il modello del fast track, di cui pure è stata molto discussa la possibile applicazione (20), non risulta, in questo caso, adeguato.

Ancora, va rilevato che la completa applicazione del

modello risulta più significativa ed efficace in strutture ospedaliere dove siano presenti più SPDC, o quanto meno un SPDC con un numero di letti maggiore dei tradizionali 15, architettonicamente adeguato per consentire la separazione logistica, oltre che funzionale, almeno di un piccolo modulo a bassa intensità.

3.2 Potenzialità ed elementi di criticità

Accanto alle possibilità che, in generale, il modello organizzativo per intensità di cura offre all'ospedale generale, ve ne sono alcune specifiche per la psichiatria.

Tra queste, la possibile attivazione di un modulo a bassa intensità permette di prevedere che almeno una parte della struttura sia aperta, anziché ad accesso regolamentato come di consueto per gli SPDC. Anche se questo aspetto tende a venire eccessivamente enfatizzato (sono in effetti molto numerose le aree degenziali di un normale ospedale ad accesso regolamentato, per i più diversi motivi), non vi è dubbio che la possibilità di una piena apertura concorra al fondamentale processo di riduzione dello stigma che ancora grava sul ricovero in SPDC (21).

Il modello si configura come una risorsa aggiuntiva anche rispetto alla gestione del nuovo case mix, oggi prevalente nella maggior parte degli SPDC italiani (22) che include, accanto alle più abituali psicosi acute o ricattizzate ed ai disturbi affettivi pazienti frequentemente con doppia diagnosi, e quindi spesso con intossicazioni voluttuarie in atto, pazienti con disturbi di personalità del cluster B e soggetti adolescenti.

Per i pazienti con doppia diagnosi, il vantaggio è rappresentato soprattutto dalla maggiore appropriatezza di *clinical pathway* che è garantita dall'integrazione tra Pronto soccorso, servizio di Tossicologia e SPDC, dove può essere meglio rispettata la filiera, quasi sempre necessariamente rapida, di accompagnamento da un'area di intensità assistenziale da alta (o medio alta), a bassa, evitando quei fenomeni di reciproca intolleranza che spesso caratterizza i rapporti tra SPDC e pazienti con tossicodipendenza.

Per i pazienti con disturbi di personalità del cluster B, la letteratura (23), riferendosi in particolare al borderline, evidenzia la necessità di assicurare, per un adeguato approccio clinico ed assistenziale, la continuità della presa in carico, la formazione specifica del personale, ma anche la necessità di una estrema fluidità dei cambiamenti di livello di intensità della presenza degli operatori in rapporto alla volatilità sintomatologia presentata da questi pazienti.

Questo tema introduce anche alla questione più generale della sicurezza dei pazienti e degli operatori in SPDC, per garantire la quale, accanto alla formazione specifica, può risultare molto importante la flessibilità estrema offerta dal sistema modulare. L'esperienza dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, condivisa dagli scriventi, appare in questo senso prototipica, giacché l'organizzazione attuata, di due SPDC su tre moduli, consente che, in caso di emergenza, fino ad otto infermieri possano contemporaneamente intervenire su un singolo paziente, per il tempo, in genere molto breve, necessario a ripristinare condizioni di sicurezza.

Il problema del ricovero degli adolescenti in SPDC travalica certamente i limiti della presente trattazione. Premesso che solo il 10% dei ricoveri necessari avviene in Pediatria, il 55% in strutture della NPI, se e quando presenti, ed almeno il 35% dei ricoveri in SPDC (ma si arriva al 75% per gli ospedali che non hanno al loro interno strutture degenziali della NPI) (24), il modello della intensità di cura, pur lontano in questo caso dall'essere ideale è quello che meglio si presta ad una strategia di riduzione del danno, consentendo di inserire il minore in spazi e con personale dedicato, ed anche di limitare l'esposizione relazionale del paziente a gravi situazioni di sofferenza psichica di pazienti adulti.

Coesistono, naturalmente, alcune criticità, altrettanto specifiche e certamente meritevoli di attenzione: le due principali tra queste sono rappresentate dal principio della competenza territoriale, su cui in effetti si fonda l'intera organizzazione dei Dipartimenti di salute men-

tale, inclusi ovviamente i loro poli ospedalieri, nonché dalla mancanza in letteratura di uno strumento di valutazione, o rating scale, per la complessità assistenziale in un servizio psichiatrico solo per acuti.

Rispetto al primo problema, se è vero che la presenza dell'infermiere referente di modulo assicura tanto al paziente quanto al clinico la costanza di una figura di riferimento, è anche vero che non è semplice incrociare i necessari momenti di condivisione dei casi tra (per seguire l'esempio del Papa Giovanni XXIII) otto medici e tre referenti di modulo, che naturalmente mutano ad ogni cambio di turno. Rispetto a questo problema, quantunque si possano sperimentare diverse ipotesi di soluzione locale, in termini organizzativi generali solo la completa instaurazione del modello che preveda un'integrazione con la funzione del *case manager* potrà portare ad una soluzione definitiva.

Rispetto alla seconda questione, ricordiamo anzitutto che l'intensità di cura per un singolo paziente può – per i nostri fini – essere approssimata al prodotto di un fattore di severità clinica per un fattore di intensità assistenziale. Per la severità clinica, sembra opportuno proporre l'uso di una scala semplice, rapida, facilmente ripetibile (si ricordi che l'assegnazione di ogni paziente ad un livello dato andrebbe rideterminata ad ogni cambio di turno, per consentire ai coordinatori infermieristici di assegnare il personale ai moduli in misura adeguata), ma soprattutto totipotente rispetto alle diverse patologie; in conseguenza, la più indicata sembra essere la Clinical Global Impression (CGI) (25) a due item.

Per la complessità assistenziale, il problema risulta allo stato non risolto. Non è infatti disponibile in letteratura uno strumento di valutazione adeguatamente sensibile, e coerente con il contesto italiano, nel quale la collocazione degli SPDC e la breve durata dei ricoveri, di pazienti in condizioni di acuzie, fa sì che lo strumento debba essere in grado di misurare una dipendenza assistenziale che è solo in minima misura riconducibile a problematiche di tipo fisico, mentre è

in misura massima riconducibile a problematiche di natura relazionale.

A partire da questa constatazione nell'A.O. Papa Giovanni XXIII di Bergamo è stato costituito un gruppo di studio dedicato, costituito dagli scriventi con Francesco Caggio, Graziella Carrara, Monica Casati, Antonio Pignatto e Simonetta Rovaris, che dopo un opportuno percorso di costruzione sta ora procedendo alla validazione di una Scala per la valutazione dell'intensità di cure in psichiatria, ormai di imminente pubblicazione.

4. CONCLUSIONI

A partire dalle caratteristiche generali del modello, sin qui delineate, appaiono indubbiamente necessari per la psichiatria alcuni aggiustamenti legati alle caratteristiche della patologia, ma anche in grado di evitare soluzioni di continuità non necessarie con prassi locali consolidate, che rappresentano molte volte un patrimonio culturale *site specific*, implicito ma non per questo povero di valore.

In questo senso sta procedendo l'esperienza, ormai interamente attivata con il trasferimento nel nuovo ospedale, del Dipartimento di salute mentale di Bergamo, con i percorsi di approfondimento ancora necessari.

Per altro, bisognerà anche ricordare che la patologia di cui ci stiamo occupando rappresenta una complessa condizione umana, assai difficilmente frammentabile e quindi tassonomicamente inquadrabile; tanto da rammentarci che le nosografie psichiatriche sono una funzione della mente dell'osservatore, e non un portato certo ed implicito della malattia (26).

Ci ricordava Henry Ey (27) che la storia di una psicosi in formazione è essenzialmente la storia di un processo di umanizzazione e di personazione che, incontrando nel proprio divenire uno o molteplici scacchi, non solo non arriva a completare la propria evoluzione ma, ad un certo punto, va incontro ad un processo di disorganizzazione e di destrutturazione che giunge a rendere impossibili o

insignificanti i contatti e gli scambi tra il soggetto ed il reale. Storia di uno scacco identitario, certamente non frammentabile in funzioni o processi o lesioni d'organo, che impone un intervento di cura isomorfo, per intensità e per complessità alla somma dei fattori nocigeni e dei loro campi causali. Impossibile quindi dimenticare, nella definizione di percorsi di intervento terapeutico in psichiatria, l'impossibilità di operare frammentazioni e semplificazioni, nel solco della grande lezione heideggeriana, che ci ricorda che l'essere umano nel mondo è pensabile solo nella sua interazione non accidentale e fortuita, ma essenziale, con altre soggettività, e che il modo più alto di questa intersoggettività è proprio quello della cura.

Cura, ricorda ancora Heidegger (28), che opera affinché l'altro giunga a realizzare consapevolmente e liberamente il proprio progetto e la propria umanità, e non per "*sollevare gli altri dalla cura, sostituendosi loro nel prendersi cura, intromettendosi al loro posto*": operazione difficile, fuori dalla consapevole accettazione, preliminare ad ogni altra operazione, del ruolo terapeutico nella nostra disciplina di una coesistenza autentica, capace di rinunciare al mondo impersonale, dove il *chi* si trasforma nel *si* (*man*): si dice, si fa, si giudica come fanno gli altri, e ci si distingue come ci si può distinguere, nella mediocrità della quotidianità. La deiezione, l'essere gettati nel dominio del *si*, è il rischio di una determinazione esistenziale impoverente dell'esserci stesso, che nella sua fattualità si allontana sempre più, come in un vortice, dal progettare e prendersi cura autentico, che rappresenta invece il nostro impegno.

* DSM - A.O. Papa Giovanni XXIII - Bergamo

** Dir. Sanitaria - A.O. Papa Giovanni XXIII - Bergamo

BIBLIOGRAFIA

1. Diana E., Geddes da Filicaia M. (a cura di), *Regolamento dei Regi Spedali di Santa Maria Nuova e di Bonifazio*, Ed. Polistampa, Firenze, 2010

2. Foucault M. *Les Machines à guérir – aux origines de l'hôpital moderne*, Ed. P. Mardaga, Bruxelles, 1979
3. Rabboni M., Mencacci C., *Ospedale-città: una modalità di relazione terapeutica*, Comunicazione al XXXV Congresso Nazionale Società Italiana di Psichiatria, Cagliari, 27.10/1.11.1982
4. Briani S., Cortesi E., *L'ospedale per intensità di cure: aspetti teorici e problemi aperti*, Igiene e Sanità Pubblica, 63: 577-586, 2007
5. Scally G. and. Donaldson L. J., *Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England*, BMJ (4 July 1998): 61-65
6. Degeling P.J., Maxwell S., Iedema R., Hunter D.J. *Making clinical governance work*, BMJ 2004;329:679
7. Nicosia F., *L'ospedale snello. Per una sanità a flusso controllato e intensità di cura*, Franco Angeli, 2008
8. *30 Tesi sull'Ospedale per Intensità di Cura – a cura del Laboratorio MeS Scuola Sant'Anna Pisa*, Revisione 02 del 17 gennaio 2007
9. Cesa S., Casati M. (a cura di), *atti del convegno "Il modello assistenziale per l'intensità di cure nel Nuovo ospedale: aspetti teorici e applicativi"*, Bergamo, 4 febbraio 2010 e *"L'applicazione del modello per intensità di cura nel nuovo ospedale Papa Giovanni XXIII"*, Bergamo, 2 ottobre 2010.
10. Newsletter Clinical Practice – Anno I numero 4
11. Il modello d'intensità di cura nel nuovo DEA – Fondazione IRCCS Policlinico "San Matteo"
12. ANIARTI (Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica), *Criticità ed Intensità Assistenziale. Analisi e definizioni secondo il modello della complessità assistenziale*, 2003
13. Moiset C., Vanzetta M., Vallicella F., *Misurare l'assistenza. Un modello di sistema informativo della performance infermieristica*, McGraw-Hill Companies, 2003
14. AA. VV. *Gruppo di approfondimento tecnico sul ruolo del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura nell'ambito delle attività del Dipartimento di salute mentale, del trattamento dell'acuzie e dell'emergenza urgenza psichiatrica*, Giunta Regionale della Lombardia, Direzione Generale Sanità, Settembre 2011
15. National Institute of Mental Health, USA, 2000
16. American Nurse Association (ANA) 1988
17. Rovaris S., *Formazione e confronto: una concreta esperienza per una crescita professionale* in M. Rabboni (a cura di) *Case management in psichiatria. Un percorso di valorizzazione delle professioni sanitarie*, Update International Congress Edizioni, Milano, 2010
18. Lora A. (a cura di), *Il sistema di salute mentale di Regione Lombardia*, Regione Lombardia, Direzione Generale Sanità, Milano, 2007
19. Rabboni M., *Questioni di etica in psichiatria*, in V. Volterra (cura di), *Psichiatria forense, criminologia ed etica psichiatrica*, in Trattato Italiano di Psichiatria, coordinatore P. Pancheri, Masson S.p.A, Milano, 2006; pagg. 787-806
20. Marchisio D., *Condividere verso il futuro*, Atti del Congresso Nazionale del Triage Riccione 2013
21. Norcio B., *Porta aperta, porta chiusa*, in L. Toresini (a cura di) *Fogli di informazione. Documenti e ricerche per l'elaborazione di pratiche alternative in campo psichiatrico e istituzionale n.°203*, Centro di Documentazione di Pistoia Editrice, 2012
22. GAT SPDC, cit n. 14
23. Westood L., Baker J., *Winship G. Attitudes and perceptions of mental health nurses towards borderline personality disorder clients in acute mental health settings: a review of the literature*, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing Vol 17, Issue 7, pages 657–662, September 2010
24. GAT SPDC, cit.n. 14
25. Guy W, editor. *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*, MD, U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Rockville, 1976
26. Rabboni M. Giannelli A., *Patologia nella relazione, patologia della relazione. Appunti per una nosografia del territorio*. Relazione al II Congresso Nazionale di Storia della Psichiatria, Siena, 21/23 Marzo 1991.
27. Ey H., Bernard P., Brisset Ch., *Manuale di psichiatria*, Masson, Milano, 1979
28. Heidegger M., *Essere e tempo*, tr. it. di P. Chiodi, Longanesi, Milano, 1976, p. 157

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Nome e Cognome di tutti gli autori
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Testo della ricerca
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
1. Cummings J.L., Benson D.F., Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features, J Am Geriatr Soc. 34: 12-19, 1986. Nel testo la citazione dovrà essere riportata come segue (1).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

Massimo Rabboni (*Bergamo*)
Massimo Clerici (*Monza*)

Segretario:

Mauro Percudani
(*Garbagnate Milanese, MI*)

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli (*Treviglio, BG*)

Membri di diritto:

Giorgio Cerati (*Legnano*)
Emilio Sacchetti (*Brescia*)
Silvio Scarone (*Milano*)
Gian Carlo Cerveri (*Milano*)

Presidenti Sezioni Speciali:

Arcadio Erlicher (*Milano*)

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli, (*Milano*)
Simone Vender (*Varese*)
Antonio Vita (*Brescia*)
Giuseppe Biffi (*Milano*)

Consiglieri Eletti:

Mario Ballantini (*Sondrio*)
Franco Spinogatti (*Cremona*)
Costanzo Gala (*Milano*)
Gabriella Ba (*Milano*)
Cinzia Bressi (*Milano*)
Claudio Cetti (*Como*)
Giuseppe De Paoli (*Pavia*)
Nicola Poloni (*Varese*)
Antonio Magnani (*Castiglione delle Stiviere, MN*)
Gianluigi Nobili (*Desenzano, BS*)
Andrea Materzanini (*Iseo, BS*)
Alessandro Grecchi (*Varese*)
Francesco Bartoli (*Monza*)
Lucia Volonteri (*Milano*)
Antonino Calogero (*Castiglione delle Stiviere, MN*)