



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

AnnoXXXII • n. 1 • gennaio – giugno

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:
Claudio Mencacci (Milano, MI)
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 Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1 - 24127 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 PRIMO PIANO

3 Elogio del silenzio
di Giannelli A.

11 Le sfide della psichiatria
Ricerca, conoscenza e competenza
di Cerveri G., Clerici M., Percudani M.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

15 Un posto per i giovani
Il progetto del Centro Giovani "Ponti" della Asl "Santi Paolo E Carlo" di Milano
di Biffi G., Parabiaghi A., Rigliano P.

30 Adolescenti e identità riflesse
Rischi e potenzialità delle nuove tecnologie
di Bruno D.

37 Operatori psico-socio-sanitari ed eventi traumatici
Esiti di un'indagine sul Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze
di Carnevali S., Lucchini A., Durbano F.

46 Indagine sulla qualità percepita dall'utenza nei Servizi Territoriali Psichiatrici
di Cavallaro S., Frediani G., Biagi M.P., Parini A.M., Migliarese G., Mencacci C.

54 L'impatto delle patologie psichiatriche nei Dipartimenti di Emergenza ospedalieri
di Fraticelli C., Casolaro I., Cattaneo A., Salemi O.

64 L'urgenza psichiatrica nella disforia di genere
di Grecchi A.

74 ADHD e Disturbo da Uso di Sostanze
Peculiarità diagnostiche, cliniche e di trattamento
di Migliarese G., Zita G.

88 L'esperienza budget di salute di comunità dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda con Amicizia Metodologia E Dati Preliminari
di Morganti C., Porcellana M., Biancorosso C., Fontana R., Lanzo F.R., Malchiodi F., Mastromo D., Motto D., Oltolina M., Savino C., Vairelli F., Zanolio A., Percudani M.

95 La salute fisica degli utenti
Obiettivo condiviso da utenti, operatori, familiari
di Porcellana M., Morganti C., Antognoni G., Rapuano A., Lopes C., Maggioni S., Malchiodi F., Oltolina M., Porcu T., Zanolio A., Percudani M.

PSICHIATRIA FORENSE

100 La posizione di garanzia e il medico psichiatra
di Pellegrini P.

OLTRE LO SPECCHIO

111 Qualcuno volò sulla villa
di E.S.

IN COPERTINA: Pietro Baratta, *Saggezza*, 1705-08
Santi Giovanni e Paolo, Venice

©WEB GALLERY OF ART

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

L'impatto delle patologie psichiatriche nei Dipartimenti di Emergenza ospedalieri

Carlo Fraticelli¹, Ilaria Casolaro¹,

Annamaria Cattaneo¹, Olivia Salemi¹

Keywords: Dipartimento di emergenza, psichiatria di emergenza, agitazione, salute mentale, boarding psichiatrico, ricovero psichiatrico

ABSTRACT

Il ricorso ai servizi di emergenza per problemi psichiatrici è in aumento e gli operatori del Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA)/Pronto Soccorso (PS) rappresentano spesso il primo contatto per chi necessita di cure psichiatriche. I pazienti arrivano nei servizi d'urgenza ospedalieri volontariamente, da soli o con familiari, oppure in condizioni di coattività, condotti dalle forze di polizia o dai servizi di pronto intervento territoriali. L'organizzazione dei DEA italiani è in continua evoluzione sotto la pressione di vari fattori, alcuni esterni (invecchiamento della popolazione, crescente utilizzo di nuove sostanze, immigrazione, scelte di politica economica, sviluppo tecnologico) e altri interni (depauperamento delle risorse, difficoltà di reclutamento dei medici d'urgenza). La "psichiatria d'urgenza" sviluppata all'interno dei setting per l'emergenza si definisce oggi come un momento centrale nella gestione delle situazioni di crisi caratterizzate da alterazioni psichiatriche e/o comportamentali e può rappresentare un via di collegamento fondamentale per la continuità delle cure. Evidenze della pratica clinica e della ricerca suggeriscono sempre più l'importanza per i team del DEA di contatti strutturati e di una formazione specifica e condivisa con i professionisti della salute mentale, al fine di garantire una gestione appropriata delle situazioni di crisi in contesti complessi. L'organizzazione dei servizi, i processi diagnostico-decisionali che non possono prescindere dal *Focused Medical Assessment*,

la migliore individuazione di spazi fisici di intervento, la sicurezza, le questioni etiche e legali, la formazione sono tematiche che richiedono attenzione e più precisa definizione da parte dei professionisti e degli organismi di programmazione e di governo dei sistemi sanitari.

INTRODUZIONE

La riforma psichiatrica del 1978, attuata con la legge 13 maggio 1978 n. 180, e più precisamente definita con la legge di riforma sanitaria n. 833 (1978), ha determinato un cambiamento radicale nell'area della salute mentale, orientando il sistema alla costruzione di nuovi servizi di comunità, alla regolamentazione dei trattamenti non consensuali in un quadro di tutela dei diritti del paziente, all'integrazione del trattamento psichiatrico nell'ambito sanitario generale. Tale prospettiva si inserisce appieno all'interno di indirizzi generali per la salute mentale e politiche di comunità degli organismi internazionali, quali l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2013), l'Unione Europea (European Union, 2008), l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OECD/EU, 2018).

I servizi per la salute mentale per mandato si occupano dell'intera gamma dei bisogni della popolazione e attraverso un modello dipartimentale offrono interventi pluridisciplinari a lungo termine in setting differenziati, fra cui l'ospedale. La creazione di reparti psichiatrici all'interno degli ospedali generali, strutturati come Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), ha riposizionato la psichiatria nel campo della medicina su tutto il territorio nazionale e ha consentito l'apertura di un confronto con le altre discipline, che richiede attenzione e reciproco riconoscimento delle specificità. Gli operatori dei 285 SPDC italiani, dotati di 3.623 posti letto complessivi (dati relativi al 2016) operano su livelli diversi: rispondono ai bisogni dei pazienti che richiedono un trattamento in acuto, sia nel caso di ricoveri volontari che obbligatori (l'8,1% dei 98.663 ricoveri avvenuti nei reparti psichiatrici pubblici per l'anno 2016) (Ministero della Salute, 2017);

garantiscono trattamenti di emergenza in collaborazione con il Pronto Soccorso (PS) dell'ospedale e forniscono interventi di consulenza e psichiatria di liaison presso i reparti medici e chirurgici dell'ospedale. L'analisi delle realtà nazionali rivela criticità nella offerta di servizi capaci di rispondere alla grande quantità di richieste. La legge di riforma ha stabilito principi e indicazioni generali, ma non ha fornito standard generali ai quali attenersi, né ha definito il livello di risorse idonee alla costruzione e al mantenimento di un insieme di servizi capaci di fronteggiare bisogni crescenti (Piccinelli et al., 2002). Inoltre i servizi psichiatrici variano notevolmente da un'area geografica all'altra, e l'omogeneità delle cure attualmente non appare garantita. Le regioni sono indipendenti nell'organizzazione del sistema sanitario e gestiscono i loro servizi in modo diverso. A titolo di esempio vale la pena di citare come il finanziamento dei Dipartimenti di Salute Mentale varia nelle diverse regioni dall'2,1% al 6,5% del bilancio sanitario regionale complessivo, con una spesa nazionale per la psichiatria attualmente pari al 3,5% del bilancio totale della sanità pubblica italiana (Mezzina, 2018), che si conferma peraltro come una delle meno finanziate d'Europa (OECD/EU, 2018).

Il depauperamento di risorse da più parti segnalato (Cartabellotta et al., 2019) accanto all'invecchiamento degli operatori e le difficoltà di reclutamento di nuovi specialisti, con il conseguente indebolirsi dei servizi psichiatrici di comunità, il modificarsi delle caratteristiche di presentazione clinica dell'utenza e della domanda di intervento, l'impoverimento delle reti sociali propongono uno scenario per gli anni a venire caratterizzato da un maggiore peso sul sistema dell'emergenza e urgenza "generali", sia nella dimensione pre-ospedaliera che ospedaliera. Quante regioni italiane raggiungono il target indicato dalla World Psychiatric Association di 1 psichiatra per ogni 10.000 abitanti? (Brown & Ryland, 2019). Quando la medicina d'urgenza riuscirà a colmare i vuoti di personale sempre più evidenti e scongiurare il rischio che il sistema entri in una spirale di peggioramento della qualità e di

esiti negativi indesiderati? (Coen & Casagrande, 2018) Tale situazione suggerisce una particolare attenzione a quanto accade attualmente dentro i nostri PS, sempre più criticamente affollati da domande di intervento complesse, spesso inappropriate ma pressanti. Già oggi nello stesso setting, anche gli psichiatri sono sollecitati a risposte professionali che necessariamente devono condividere con i colleghi dell'emergenza; il terreno comune da rivalorizzare è l'attenzione alla clinica, che insieme al pensiero critico costituisce la base dell'agire medico (Di Petta, 2018). Ciò propone la disponibilità di forti servizi psichiatrici, a ponte tra territorio e ospedale, capaci di partecipare con i colleghi del Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) al contrasto del fenomeno del "boarding" psichiatrico in area critica; un esito negativo di una realtà assistenziale di base debole, presentato come attualità drammatica per i PS statunitensi nel gennaio 2019 da CNN International, con un servizio dal titolo: "ERs 'flooded' with mentally ill patients with no place else to turn".

LO SCENARIO

Nel 2016 ci sono stati quasi 600.000 accessi nei PS italiani per problemi psichiatrici (circa il 2,8% di tutte le visite nel DEA), di cui il 13,2% è esitato in ricovero (la metà nei reparti di psichiatria); parallelamente circa il 75% delle presentazioni per problematiche psichiatriche si risolve con il rinvio a domicilio (Ministero della Salute, 2017). Negli ultimi anni si assiste a un ricorso sempre crescente ai servizi di emergenza per urgenze psichiatriche e comportamentali, solo in parte relativo a disturbi mentali in senso stretto (Morris et al., 2018; Weiss et al., 2018). Le urgenze effettivamente rappresentate da uno scompenso psichiatrico sono il 30-40% delle richieste di consulenza, mentre i restanti casi riguardano la gestione della cronicità o sintomi psichici che accompagnano patologie di origine medica generale. Si fa sempre più evidente il dato che indica un crescente ricorso al servizio di emergenza quale punto di riferimento per la gestione di urgenze nei

minori, in via ideale da gestire altrove nella più parte dei casi. L'ambito della salute mentale in età evolutiva appare particolarmente "scoperta" nella fascia adolescenziale, e trasferisce in maniera diffusa la risposta di prima linea alle situazioni di crisi sui servizi psichiatrici per adulti presenti negli ospedali; la gestione delle emergenze che richiedano ricovero trova una risposta tuttora carente a livello nazionale, e la Lombardia non fa eccezione, nonostante la recente apertura di nuovi posti letto dedicati. La mancata attivazione di adeguati percorsi preventivi e assistenziali precedenti l'ospedalizzazione giustifica il dato che la maggior parte degli adolescenti che giunge in PS non ha mai avuto prima contatti con i servizi di neuropsichiatria infantile o di psichiatria (Costantino & Didoni, 2015). La consapevolezza della necessità di rispondere a bisogni di salute fondamentali ha attivato tentativi di risposte condivise da parte delle diverse società scientifiche delle discipline a diverso titolo coinvolte nella problematica; fra queste la definizione di linee di indirizzo intersocietarie per la prevenzione, la valutazione e la gestione delle emergenze comportamentali in adolescenza presentate in bozza al 75° Congresso Nazionale della Società Italiana di Pediatria (maggio 2019, Bologna) in un confronto interspecialistico dedicato (sicurezza, questioni legali, formazione, percorsi di cura omogenei sul territorio nazionale, diritti di cura di una popolazione fragile, valutazione efficiente delle esigenze, livelli appropriati di intervento).

All'interno dei PS gli psichiatri vanno assumendo un ruolo di maggiore evidenza; spesso, sono chiamati a fronteggiare situazioni multiproblematiche che richiedono competenze che travalicano quelle tradizionalmente connesse alla pratica psichiatrica generale; stati di intossicazione, violenza domestica, crisi personali originate da situazioni psicosociali difficili o urgenze legate alla deriva sociale, criticità legate ai fenomeni migratori. Il problema della medicina delle migrazioni continua a non avere risposte istituzionali strutturate, sicché ancora una volta l'area dell'emergenza ospedaliera rappresenta

il punto di riferimento prevalente e si trova a gestire situazioni compromesse, complicate da problematiche che vanno al di là dell'ambito psichiatrico. In parallelo, si assiste a un sempre maggiore ricorso all'attenzione dello psichiatra in emergenza di soggetti responsabili di condotte antiggiuridiche e disturbanti non riconducibili immediatamente a sindromi di natura psicopatologica, comportamenti antisociali o delinquenziali, spesso alimentati dal "carburante" fornito dall'alcol accanto a vecchie e nuove sostanze stupefacenti. Tutto ciò grava in prima battuta e in maniera rilevante sul personale di PS, siano essi medici di emergenza che specialisti psichiatri; si determina così un impatto significativo di frustrazione e demotivazione nel fronteggiare condizioni per le quali non si è stati preparati, ma altamente sfidanti e cariche di responsabilità professionale. L'analisi delle prestazioni quotidianamente attuate in area di PS vede accanto alle diagnosi "classiche" rappresentate da disturbi dell'umore, schizofrenia, stati d'ansia in fase di scompensamento, una popolazione composita, che condivide alterazioni comportamentali e disturbanti come via finale comune di attivazione dell'intervento in urgenza (condotte di abuso, delirium in quadri di demenza, adolescenti dai comportamenti dirompenti, disturbi di personalità di cluster B, quadri di disabilità scompensati, homelessness, condotte violente tout-court). Lo psichiatra che si occupa di urgenza ci appare come un super-specialista, che dovrebbe possedere una formazione pluri-disciplinare costituita da aspetti medici generali, psicopatologici, sociologici e anche medico-legali, che faciliti la navigazione in ambienti caratterizzati dalla incertezza e dalla turbolenza.

La consapevolezza della presenza in ambito di PS di quote crescenti di persone con problematiche psichiatriche in fase critica e comportamentali è oggi patrimonio della medicina d'urgenza e della psichiatria, alla ricerca di risposte cliniche più appropriate e sicure. Una delle riflessioni più attuali è quella sugli spazi dedicati a tale tipologia di urgenza e dai tempi di presenza in PS; sempre

più spesso gli operatori del DEA hanno a che fare con la valutazione e il trattamento di soggetti in crisi, che talora restano in osservazione per lunghi periodi all'interno di ambienti di cura sovraffollati, rumorosi e frenetici (*boarding psichiatrico* nel DEA) (Nicks & Manthey, 2012). Quello del sovraffollamento del PS (*crowding*) è un fenomeno che lo vede trasformarsi in una sorta di reparto di degenza "atipico", snaturato nelle finalità e nella capacità di assistenza. Il dibattito su come uscire da una condizione non altrimenti gestibile sta producendo proposte di cambiamento negli assetti organizzativi e procedurali, che animano il confronto all'interno delle diverse comunità professionali. A tale proposito vale ricordare come sia stato trasmesso nel maggio 2019 alle Regioni il nuovo documento elaborato dal Tavolo di lavoro istituito presso il Ministero della Salute, che definisce standard strutturali e di personale per l'Osservazione Breve Intensiva (OBI), nuovi codici per la definizione delle priorità, azioni per ridurre il sovraffollamento, l'istituzione della stanza/area di ricovero dedicata ai pazienti in attesa di ospedalizzazione ("*Admission Room*"), l'attivazione del *bed management*. È interessante notare l'attenzione specifica del documento su "Disturbo acuto del comportamento nell'adulto" (punto 6.2.4) e "Disturbo acuto del comportamento del minore" (punto 6.2.5) (Ministero della Salute, 2019). Non vi è invece traccia di percorsi "separati" per pazienti "psichiatrici" con porta di ingresso parallela, come invece prevede una recente DGR (n. 614/2019) della Regione Veneto che prevede in alcuni ospedali (principalmente in quelli hub) la gestione delle emergenze psichiatriche mediante il "Pronto Soccorso ad accesso diretto". Un provvedimento che ha trovato pronta e ferma opposizione di diverse società scientifiche nazionali e regionali (Società Italiana di Psichiatria, Coordinamento Nazionale SPDC, Società Italiana di Scienze Infermieristiche in Salute Mentale, Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica, Sezione Veneta della SIP, Sezione Triveneta della Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale), sulla base di considerazioni

riguardanti il diritto a cure sicure e appropriate per tutti i cittadini. Dati di letteratura confermano che il setting ospedaliero di emergenza è spesso il primo contatto con le cure psichiatriche e che un'esperienza negativa durante questo iniziale accesso alle cure mediche può portare a rinunciare alla ricerca di aiuto, evitando ulteriori contatti con i servizi di salute mentale. L'impatto che queste condizioni hanno sul contesto clinico acuto ha aperto la strada alla psichiatria d'emergenza come nascente sottospecialità sia della psichiatria che della medicina d'urgenza. Le condizioni che richiedono competenza psichiatrica — tentativi di suicidio, depressione, psicosi, violenza o altri rapidi cambiamenti nel comportamento — sono, per loro stessa natura, difficili da gestire ma va crescendo la consapevolezza a livello generale che, con una buona conoscenza e risorse adeguate, i pazienti possono essere stabilizzati e gestiti efficacemente in un contesto per acuti (Fratlicelli et al., 2019).

TRIAGE E VALUTAZIONE MEDICA

"Anche in presenza di individui che sono ben noti ai servizi psichiatrici o con chiari segni di una malattia psichiatrica, è importante escludere condizioni mediche sottostanti che possono scatenare o esacerbare l'agitazione" (Nordstrom et al., 2012). Il triage rappresenta il primo contatto clinico con la persona per determinare l'urgenza delle cure e include la valutazione iniziale del rischio e la determinazione del livello di osservazione. È necessario intraprendere un triage sullo stato psichico per tutti gli utenti all'ingresso dei PS, insieme a quello per la salute fisica. Il riconoscimento di condizioni concomitanti è fondamentale per la valutazione completa di un paziente, in quanto la complessità delle situazioni cliniche è legata alla frequente compresenza di problemi fisici e mentali (*Focused Medical Assessment*). L'affermazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità secondo cui "non c'è salute senza salute mentale" enfatizza la necessità di promuovere una medicina olistica e unitaria, di migliorare la qualità dell'assistenza per le condizioni di salute mentale

e fisica delle persone con disturbi mentali. La medicina di emergenza rimane uno dei servizi più impegnativi e ad alto rischio per valutare e fornire assistenza clinica, ma allo stesso tempo per molte persone rappresenta una vera opportunità, come supporto fondamentale nei momenti di crisi e punto di partenza per intraprendere trattamenti a lungo termine.

PROBLEMI DI SICUREZZA CLINICA E AMBIENTALE

La sicurezza è una questione centrale della gestione dei pazienti con problematiche psichiatriche e comportamentali nel PS. In effetti, l'incidenza della violenza nei servizi sanitari sta crescendo e il luogo più diffuso e prevedibile per la violenza è il DEA.

Il 20-50% delle visite psichiatriche in regime di urgenza interessa pazienti aggressivi verbalmente e/o fisicamente, il 10% dei pazienti visitati può essere agitato e/o violento (Marco & Vaughan, 2005). Circa il 55-60% degli operatori in un anno subisce aggressioni fisiche da parte di pazienti psichiatrici, il 40-70% degli psichiatri è stato aggredito almeno una volta nella vita (Gates et al., 2006). Le categorie più a rischio peraltro sono operatori non medici di sesso femminile, spesso agli inizi della carriera professionale e con scarsa formazione psichiatrica. La maggior parte dei DEA non dispone di uno spazio specificamente progettato per gestire i pazienti con disturbi psichiatrici e comportamentali, nonostante le raccomandazioni dei documenti di consenso e delle linee guida (National Institute for Health and Care Excellence, 2018). A questo proposito, l'inclusione nel processo di triage di semplici strumenti per rilevare il rischio di comportamenti aggressivi, suicidari o di fuga deve essere considerata come un'ulteriore possibilità di miglioramento (Chanmugan et al., 2013).

Le ricadute della violenza sugli operatori possono generare un senso di perdita di sicurezza sul lavoro, con paura e sentimenti di vulnerabilità, nonché riduzione del senso di competenza professionale. Raramente gli episodi

di violenza nel servizio di emergenza sono analizzati attraverso una supervisione o un percorso psicologico, cosa che porta a sottostimare il fenomeno e sottovalutarne le conseguenze. Alcune attenzioni possono ridurre il rischio: non lasciare oggetti pericolosi a portata di mano, garantire ambulatori ampi e non isolati, mantenere una distanza di sicurezza e disporre di una via di fuga; valutare potenziali segni di evoluzione in comportamento violento quali iperattività motoria, voce alta, tensione, impulsività contro oggetti, atteggiamento minaccioso o provocatorio; valutare se gli accompagnatori hanno un effetto di contenimento o al contrario favorente l'aggressività e decidere di consentirne o meno la presenza. È fondamentale che altro personale preparato sia disponibile poiché la presenza di più persone consente di controllare meglio le situazioni critiche o, in caso di inefficacia del contenimento verbale, di effettuare in sicurezza interventi restrittivi.

Nel nostro paese mancano dati e ampie statistiche sulla diffusione del fenomeno, tuttavia l'allarme presente nei sistemi di emergenza è alto e indica la necessità di attivare misure di prevenzione per contrastarlo (Pellegrino F., 2019). Anche riguardo la contenzione fisica in Italia c'è carenza di studi, sebbene sia posizione condivisa che gli interventi di de-escalation non coercitiva siano da privilegiare.

PROBLEMI ETICI E MEDICO-LEGALI

La presenza di soggetti con disturbi psichiatrici acuti nel DEA richiede la conoscenza e la comprensione delle complesse relazioni tra medicina d'urgenza, psichiatria, aspetti legali ed etici (Thomas & Moore, 2013). La legislazione italiana in tema di accertamenti (ASO) e trattamenti sanitari obbligatori (TSO) ha eliminato il concetto di pericolosità sociale centrando l'attenzione sul rifiuto delle cure. Non è completamente chiaro come sia opportuno comportarsi nel tempo che intercorre tra proposta e convalida e tra convalida ed emissione dell'ordinanza di un TSO e come si possa superare la

difficoltà esistente di trovare un punto di equilibrio tra la necessità di limitare la libertà di un cittadino in assenza dell'autorizzazione di una specifica disposizione e quella di contenere situazioni potenzialmente pericolose per il paziente o per altre persone. In teoria, il personale sanitario non dovrebbe essere incaricato a termini di legge a usare mezzi coercitivi, ma al contempo non è ben chiaro chi sia tenuto a farlo: ne consegue la tendenza ad atteggiamenti di rifiuto dell'intervento.

UTILIZZO DI DIPARTIMENTI DI EMERGENZA DA PARTE DI MIGRANTI CON DISTURBI PSICHIATRICI

L'aumento della domanda di assistenza in emergenza in Europa ha coinciso con un rapido cambiamento demografico; in particolare, i crescenti tassi di immigrazione stanno creando ulteriori pressioni. Negli ultimi trent'anni, l'Italia è diventata una destinazione di riferimento per immigrati e rifugiati extracomunitari. Un problema sempre più frequente è la presenza di immigrati condotti in PS per comportamenti disturbanti che attivano interventi di polizia o per sintomi di disagio non sempre di facile interpretazione. Le percentuali e le modalità di utilizzo dei sistemi sanitari da parte della popolazione migrante differiscono da quelle dei nativi a causa di vari fattori, come lo stato di salute, i bisogni auto-percepiti, il comportamento di ricerca di salute, le barriere linguistiche e le differenze culturali nell'utilizzo dei DEA nella popolazione immigrata (Zinelli M. et al, 2014).

Le migrazioni sono passaggi densi di significati e di contenuti esistenziali dagli esiti spesso imprevedibili. La psicopatologia associata rischia di essere incomprensibile se non si considerano fattori di ordine socio-economico e culturale sia del luogo d'origine che di quello di arrivo. Il passaggio dal proprio Paese a una nuova realtà mette profondamente in gioco l'identità personale: spesso ne deriva disagio per la perdita degli involucri protettivi culturali con il conseguente manifestarsi di elementi di vulnerabilità. La nostra area territoriale (ASST Lariana),

zona di confine con la Svizzera, è stata particolarmente interessata al fenomeno. La presenza di un centro di accoglienza governativo per gli immigrati ha motivato la necessità di individuare operatori dedicati, in grado di intervenire in diversi contesti (in particolare PS e centri di salute mentale), con acquisizione di competenze in psichiatria transculturale e mediazione culturale. Soggetti che presentavano disturbi da somatizzazione, disturbi da stress post-traumatico, disturbi psicotici, episodi dissociativi, disturbi d'ansia e depressione in parte riconducibili a situazioni richiedenti uno sforzo di adattamento, hanno impegnato, in fase di emergenza e nel prosieguo delle cure, professionisti di diversa formazione (medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali, mediatori), chiamati a fronteggiare le diverse condizioni psicopatologiche e atteggiamenti di rifiuto sociale e isolamento.

In un contesto di assenza di risposte organizzate, il DEA può divenire un punto essenziale di assistenza e svolgere un ruolo fondamentale nei confronti di problemi urgenti (e non solo) di natura medica e psichiatrica. I migranti utilizzano il PS in misura maggiore, e in modo diverso, rispetto alle popolazioni native, anche per stati a bassa intensità di acuzie, fattore indicativo di barriere all'accesso a servizi sanitari più appropriati per una popolazione spesso sottoposta a condizioni di lavoro non flessibili e instabili.

La carenza di servizi con professionisti esperti in etnopsichiatria, la difficoltà di ricostruzione della storia clinica dei migranti anche a causa della scarsità di mediatori culturali, la mancanza di competenza riguardo le condizioni psichiatriche tra il personale dei centri per migranti, generano diffusi atteggiamenti difensivi e gravi limitazioni nell'organizzazione generale e di assistenza psichiatrica.

CONCLUSIONI

La difesa delle legge di riforma psichiatrica nei suoi principi generali richiede interventi normativi e direttive utili a contrastare suggestioni e proposte legislative orientate

verso un maggiore controllo sociale e più severe misure di custodia. In questa prospettiva, l'area della emergenza urgenza (nelle dimensioni territoriali e ospedaliera) rappresenta un momento di forte impatto, con possibili esiti involutivi se il mondo della salute mentale non riuscirà a costruire risposte clinico-organizzative, finanziate e condivise che sfidino criticità e complessità.

Per far fronte all'aumento delle urgenze psichiatriche, alcuni Paesi hanno costituito servizi di urgenza psichiatrica sul territorio. A titolo esemplificativo è utile citare modelli attivi in sistemi sanitari diversi fra loro, come il *Mental Health Crisis Service del South London and Maudsley NHS Foundation Trust* o gli *Psychiatric Emergency Services (PES)* statunitensi. Si tratta di servizi di urgenza psichiatrica, attivi sul territorio nelle 24 ore e 7 giorni su 7, che forniscono valutazioni individualizzate, gestione di situazioni critiche e urgenze che non necessitano di ospedalizzazione e spesso anche di problematiche "miste", tipiche delle aree di confine (povertà sociale, tossicodipendenza, alterazioni comportamentali), attraverso la collaborazione con altre strutture dedicate. I PES lavorano in stretto contatto con il DEA, le Unità di ricovero psichiatriche, I servizi di salute mentale del territorio. Un dato ormai condiviso, è che laddove non vengono attivate risposte extra-ospedaliere, si registra una crescita parallela ed esponenziale del ricorso ai DEA ospedalieri. Cioè in strutture istituzionalmente deputate al trattamento di acuzie non affrontabili in luoghi diversi; la conseguenza è l'incremento di ricoveri impropri proprio quando la crescita della domanda di cura si confronta con una riduzione di posti letto.

La consapevolezza è il primo passo verso il cambiamento, e dal riconoscimento delle "mancanze" dell'intero sistema di cura possono nascere proposte di miglioramento dei luoghi di maggiore fragilità. L'idea diffusa che la maggior parte dei pazienti con acuzie psichiatriche necessiti di ricovero ospedaliero, contribuisce ad atteggiamenti di livello clinico e organizzativo che non favoriscono cure specialistiche tempestive nel DEA e metodi di intervento

efficaci nel ridurre la loro permanenza prolungata in un ambiente inadatto (fenomeno di "*boarding psichiatrico*"). Il punto di partenza è che sia del tutto appropriato che i pazienti psichiatrici giungano all'attenzione dei medici d'urgenza nei DEA, dal momento che le loro urgenze sono da considerarsi equivalenti per complessità diagnostica e terapeutica a condizioni mediche o chirurgiche acute e che la maggior parte delle emergenze psichiatriche può essere risolta entro le 24 ore senza ricorrere al ricovero (Zeller M., 2018).

Affrontare i disturbi psichiatrici in PS, collaborando ciascuno con le proprie competenze in una visione basata su un approccio centrato sulla persona, rappresenta un'opportunità sia per i medici d'urgenza che per gli psichiatri. Un lavoro condiviso fra specialisti e figure professionali diverse in luoghi "comuni" (ridisegnati) riduce la tendenza alla sottovalutazione e al rapido allontanamento, via maestra per l'incremento del rischio clinico, dei livelli di conflittualità e della sensazione di sovraccarico e inadeguatezza.

Oggi la ricerca suggerisce sempre più l'importanza di una formazione, specifica e condivisa fra le diverse figure specialistiche, dei team attivi nei setting per l'emergenza. I medici d'urgenza sono esperti nel trattamento di patologie fisiche, mentre appaiono timorosi nell'affrontare le emergenze psichiatriche, a causa della preparazione avvertita come insufficiente e del carico emotivo che le accompagna. Medici d'urgenza italiani coinvolti in una indagine circa il loro punto di vista sulle urgenze psichiatriche dichiarano una esigenza formativa, data l'importanza che attribuiscono a tale settore (78%), in particolare sull'uso degli psicofarmaci, sulla gestione dei pazienti aggressivi e dei soggetti con abuso etilico ma anche la comunicazione e la gestione emotiva della relazione con il paziente e i suoi familiari (Ferrari et al., 2009). È giunto il momento per una nuova alleanza che migliori il servizio di salute mentale per i pazienti nel DEA. Gli psichiatri dovrebbero divenire più confidenti con le patologie somatiche che possono interessare i loro

pazienti e svolgere parallelamente un ruolo di promozione/partecipazione a momenti formativi sulla “*emergency psychiatry*” basati sulle evidenze. L'addestramento congiunto può consentire da una parte ai medici dei DEA di accogliere e agire in prima battuta, in attesa di uno specialista collaborativo e consapevole delle sfide e della realtà di cura delle situazioni di crisi nei PS; gli esiti possibili sono rappresentati dalla riduzione del ricorso a trattamenti coercitivi, dei tempi di attesa e del numero di richieste di ricovero. Modelli di spazi comuni/limitrofi in area DEA (ma protetti dalla caoticità che spesso caratterizza gli ambienti dell'urgenza), gestiti da équipe integrate vengono proposti in realtà internazionali e valutati sugli esiti attesi (Zeller M., 2018). Le attività di psichiatria di collegamento”, in PS (così come in altri reparti ospedalieri), assolvono compiti diversi e significativi; tra questi il contrasto di tendenze negative, come super-specializzazione e frammentazione delle competenze mediche, la conservazione di una prospettiva olistica, la possibilità per gli psichiatri di trattare pazienti che altrimenti non sarebbero stati intercettati (The Royal College of Emergency Medicine, 2017).

Infine, affrancandosi dalla condizione di ammortizzatore sociale che la porta di fatto a sostituirsi ai servizi sociali, la psichiatria potrà recuperare la propria prerogativa di disciplina medica in grado di fornire un importante contributo alla salute individuale e collettiva, senza rinunciare a essere portatrice di un sistema integrato e di una visione non riduzionistica delle condizioni di sofferenza e malattia. Il risultato atteso è un netto miglioramento delle cure in emergenza, risparmio di tempo, riduzione dei periodi di attesa in un ambiente non terapeutico e una migliore soddisfazione di utenti e professionisti.

AFFERENZA DEGLI AUTORI:

1. Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze – ASST Lariana

CORRESPONDING AUTHOR:

Carlo Fraticelli. Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze - ASST Lariana, Via Napoleona 60, 22100 Como, Italy.

Tel. +39.031.585.5958/9597 – Fax: +39.031.5855438/8640

E-mail: carlo.fraticelli@asst-lariana.it

Conflitti di interesse: gli autori dichiarano di non avere potenziali conflitti di interesse.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. *Mental health action plan 2013-2020*. Disponibile sul sito: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/
2. European Union, *Directorate general for Health and Consumers "European Pact for Mental health and Wellbeing"*, 2008. Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/health/h_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf
3. OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
4. Ministero della Salute. *Rapporto salute mentale: analisi dei dati del Sistema informativo per la salute mentale (SISM) anno 2016*. Roma, 2017.
5. Piccinelli M., Politi P., Barale F. *Focus on psychiatry in Italy*. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 538-44.
6. Mezzina R. *Forty years of the Law 180: the aspirations of a great reform, its successes and continuing need*. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2018; 27: 336-45.
7. Cartabellotta N., Cottafava E., Luceri R., Mosti M. *4° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale*. Fondazione GIMBE. Bologna, giugno 2019. Disponibile sul sito: www.rapportogimbe.it
8. Brown T., Ryland H. *Recruitment to psychiatry: a global problem*. *Br J Psych Int* 2019; 16: 1-3.
9. Coen D., Casagrande I. *Critical issues of Emergency Medicine organization in Italy*. *ECJ* 2018; 14: 90-92.
10. Di Petta G. *Le opinioni. La crisi della psichiatria*, 2018. Disponibile sul sito: <http://siep.it/le-opinioni-la-crisi-della-psichiatria/>
11. Morris D.W., Ghose S., Williams E., Brown K., Khan F. *Evaluating psychiatric readmissions in the emergency department of a large public hospital*. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2018; 14: 671-679.
12. Weiss A.J., Barrett M.L., Heslin K.C., Stocks C. *Trends in Emergency Department visits involving mental and substance use disorders, 2006-2013*. 2016. <https://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb216-Mental-Substance-Use-Disorder-ED-Visit-Trends.pdf> Accessed July 5, 2018.
13. Costantino M.A., Didoni A. *La care nella salute mentale in età evolutiva*. In: Bonati M. (a cura di) *Psicofarmaci nell'età evolutiva*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2015
14. Nicks B.A., Manthey D.M. *The impact of psychiatric patient boarding in Emergency Departments*. *Emerg Med Int* 2012; Vol 2012 Article ID 360308, 5 pages. <https://doi.org/10.1155/2012/360308>.
15. Ministero della Salute. *Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Proposta di Accordo Tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sui documenti "Linee di indirizzo nazionale sul Triage Intraospedaliero", "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva" e "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso"*, 2019. Disponibile sul sito: <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato8617653.pdf>
16. Fraticelli C., Casolaro I., Nigro M. *Critical issues and opportunities of emergency psychiatry in Italian emergency departments*. *ECJ* 2019; 15: 33-37.
17. Nordstrom K., Zun L.S., Wilson M.P., et al. *Medical evaluation and triage of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry project Beta medical evaluation workgroup*. *West J Emerg Med* 2012; 13: 3-10.
18. Marco C.A., Vaughan J. *Emergency management of agitation in schizophrenia*. *Am J Emerg Med* 2005; 23: 767-76.
19. Gates D.M., Ross C.S., McQueen L. *Violence against emergency department workers*. *J Emerg Med* 2006; 31: 331-37.
20. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Violence and aggression. Short-term management in mental health, health and community settings*. (NG 10). NICE 2015. Last updated 17 May 2018. Disponibile sul sito: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/resources/violence-and-aggression-shortterm-management-in-mental-health-health-and-community-settings-pdf-1837264712389>

-
21. Chanmugan A., Triplett P., Kelen G. (eds.) *Emergency Psychiatry*. New York, NY: Cambridge University Press, 2013
 22. Pellegrino F. *Gli atti di violenza in ambito sanitario*. Guida pratica per lo Psichiatra. Napoli: Lingomed, 2019
 23. Thomas J., Moore G. *Medical-legal Issues in the Agitated Patient: Cases and Caveats*. West J Emerg Med 2013;14:559-65.
 24. Zinelli M., Musetti V., Comelli I., Lippi G., Cervellin G. *Emergency Department utilization rates and modalities among immigrant population. A 5-years survey in a large Italian urban Emergency Department*. ECJ 2014;.10:.1896.
 25. Zeller M. *What psychiatrists need to know: patients in the Emergency Departments*. Psych Times 2018;35:1-3.
 26. Ferrari G., Bruscoli G., Pallanti S. *Le emergenze psichiatriche nella medicina d'emergenza: il punto di vista del medico d'emergenza*. Giorn Ital Psicopat 2009; 15: 111-19.
 27. The Royal College of Emergency Medicine. *Mental Health in Emergency Departments. A toolkit for improving care*. London, Revised 2017. Available from: <https://www.rcem.ac.uk//docs/RCEM%20Guidance/Mental%20Health%20Toolkit%202017.pdf>

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
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- 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., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

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 Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

Mauro Percudani e Massimo Clerici

Segretario:

Carlo Fraticelli

Vice-Segretario:

Giovanni Migliarese

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini
Franco Spinogatti
Gianmarco Giobbio
Luisa Aroasio
Carla Morganti
Federico Durbano
Alessandro Grecchi
Camilla Callegari
Antonio Magnani
Laura Novel
Pasquale Campajola
Giancarlo Belloni
Marco Toscano
Antonio Amatulli
Caterina Viganò

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Francesco Bartoli
Giacomo D'Este
Filippo Dragona
Claudia Palumbo
Lorenzo Mosca
Matteo Rocchetti

Membri di diritto:

Claudio Mencacci
Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni