



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

Anno XXXIII • 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)
Gabiella 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 **Psichiatria ai tempi di sars-cov-2: il caso di Codogno**
di Paletta S., Grassi S., Bertorello A., Bonizzoni M., Grasso F., Cerveri G.

PARERI

11 **Tossicodipendenza: normalità o coercizione alla cura?**
Possibilità e limiti di un approccio ad una "doppia diagnosi" che cambia sempre più velocemente
di Clerici M.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

20 **Interventi psichiatrici di consulenza e collegamento nei reparti COVID-19**
L'esperienza lariana
di Alamia A., Casolaro I., Guanella E., Banfi F., Ferrari R., Fraticelli C.

30 **Studio quali-quantitativo di follow up sul passaggio e la continuità delle cure dalla npia alla psichiatria adulti nei giovani in età di transizione**
di Carnevali C., Meiattini R., Montrasio C., Durbano F.

40 **I Disturbi da Stress nel personale sanitario**
Un modello di intervento durante l'emergenza Covid-19 nell'ASST di Lodi
di Cibra C., Marasco M., Grossi C., Diadema E., Carmassi C., Gesi C., Dell'Osso L., Paglia S., Cerveri G.

48 **Musicalità e psicopatologia: il potere riabilitativo del canto**
di Crespi G., Tringali A., Anguilano L., Viganò F., Limonta M., Clerici M.

57 **¡VAMOS!**
Un progetto terapeutico-riabilitativo per una psichiatria oltre i confini
De Adamich B.M., Parabiaghi A.

64 **Impatto di covid-19 sui servizi psichiatrici d'urgenza**
L'esperienza milanese del Fatebenefratelli-Sacco
di Dragogna F., Russo S., Mencacci C.

71 **Il servizio per l'ADHD dell'adulto durante la pandemia da COVID-19**
Tra riorganizzazione e individualizzazione degli interventi
di Uccello M., Meola L., Fraticelli C.

PSICHIATRIA FORENSE

76 **Uso di misure contenitive e responsabilità dello psichiatra**
di Mantovani R.

78 **Dalla sentenza della Corte di Cassazione n. 99 del 2019 al bilanciamento tra il diritto alla salute dell'individuo affetto da patologie psichiatriche entrato nel circuito penale, il diritto alla sicurezza della collettività e le responsabilità e le risorse della psichiatria territoriale: i Dipartimenti di Salute Mentale come "vittime" o come attori protagonisti?**
di Amatulli A.

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

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA



Interventi psichiatrici di consulenza e collegamento nei reparti COVID-19

L'esperienza lariana

*Alberto Alamia **, *Iliaria Casolaro **, *Ester Guanella **,
Fabio Banfi °, *Raffaella Ferrari §*, *Carlo Fraticelli †*

ABSTRACT

L'epidemia in atto di Coronavirus 2019 Disease (COVID-19) ha messo a dura prova il sistema sanitario nel suo complesso, sì da attivare a partire dalla fine di febbraio 2020 processi di riassetto dei percorsi di accesso e di cura anche per l'area del comasco. Nell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Lariana il servizio di psichiatria ha riorganizzato l'attività clinica tenendo in considerazione da un lato le richieste di riduzione dell'attività ordinaria secondo le indicazioni per il contenimento epidemico, e dall'altro la necessità di risposta alle esigenze di cura legate agli effetti di COVID-19 sui soggetti colpiti e sulla popolazione generale. Il riordino dell'attività psichiatrica ospedaliera ha previsto la chiusura di uno dei tre SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) aziendali, in virtù del ridursi della richiesta di ricovero per condizioni di acuzie psichiatriche ed il modificarsi generale della domanda di cura. Parallelamente sono stati creati specifici nuclei di psichiatria di consultazione e collegamento per rispondere alle richieste provenienti dai reparti COVID-19, dalle degenze non COVID, dal Pronto Soccorso (PS) del principale presidio ospedaliero aziendale, e inoltre dalle aree di degenza di transizione post-acuzie COVID-19 attivate per favorire un processo di dimissione protetto.

INTRODUZIONE

Dalla Cina all'Italia il viaggio è stato relativamente breve. I primi due casi di infezione da Coronavirus 2019 Disease (COVID-19) nel nostro Paese (una coppia di turisti cinesi), sono stati individuati il 30 gennaio 2020 dall'Istituto Spallanzani di Roma (<http://www.inmi.it/bollettino-coronavirus>), dove erano ricoverati in isolamento dal giorno precedente. Il primo caso di trasmissione secondaria, un 38enne che non aveva viaggiato recentemente e mostrava una lieve polmonite resistente alle terapie, è stato rilevato nella notte del 21 febbraio a Codogno, comune lombardo in provincia di Lodi (Cereda et al., 2020). Peraltro le analisi dello studio Sacco-Statale di Milano hanno suggerito che il nuovo coronavirus responsabile dell'attuale epidemia, chiamato "Sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2" (SARS-CoV-2), sia arrivato in Nord Italia tra la seconda metà di gennaio e i primi di febbraio 2020, molto prima che fossero assunte le vigenti misure di contenimento, e proprio mentre in Asia si registravano i primi decessi. (Zehender et al., 2020). Il 21 febbraio sono iniziate le analisi virologiche per rintracciare nuove infezioni da SARS-CoV-2, e la prima morte da COVID-19 è stata confermata il 23 febbraio a Vo', in Veneto. COVID-19 differisce dalla SARS del 2003 in termini di periodo di infezione, severità clinica, trasmissibilità e diffusione nella comunità, sicché le traiettorie delle due epidemie hanno seguito direzioni drammaticamente diverse (Gandhi et al., 2020). Ciò suggerisce come una migliore conoscenza delle origini, della direzione evolutiva e delle caratteristiche dei coronavirus via via comparsi nel tempo possa dare indicazioni importanti su cosa ci si potrebbe attendere

nel prossimo futuro (King, 2020).

L'area lodigiana del primo focolaio è stata subito resa "zona rossa" e isolata dal resto della Lombardia. Questo non ha tuttavia evitato una diffusione esponenziale della malattia che solo oggi, dopo mesi di misure restrittive e precauzioni di ogni genere, accenna a ridursi. A livello nazionale, dall'inizio dell'epidemia sino al 20 maggio 2020, sono stati riportati al sistema di sorveglianza 227.204 casi di COVID-19 diagnosticati dai laboratori di riferimento regionale come positivi per SARS-CoV-2. I casi si concentrano soprattutto nel nord Italia, in particolare in Lombardia (37,8%), Piemonte (13,3%), Emilia-Romagna (12,00%) e Veneto (8,4%), con aumento della letalità al crescere dell'età dei casi e presenza di patologie pregresse (Istituto Superiore di Sanità, 2020).

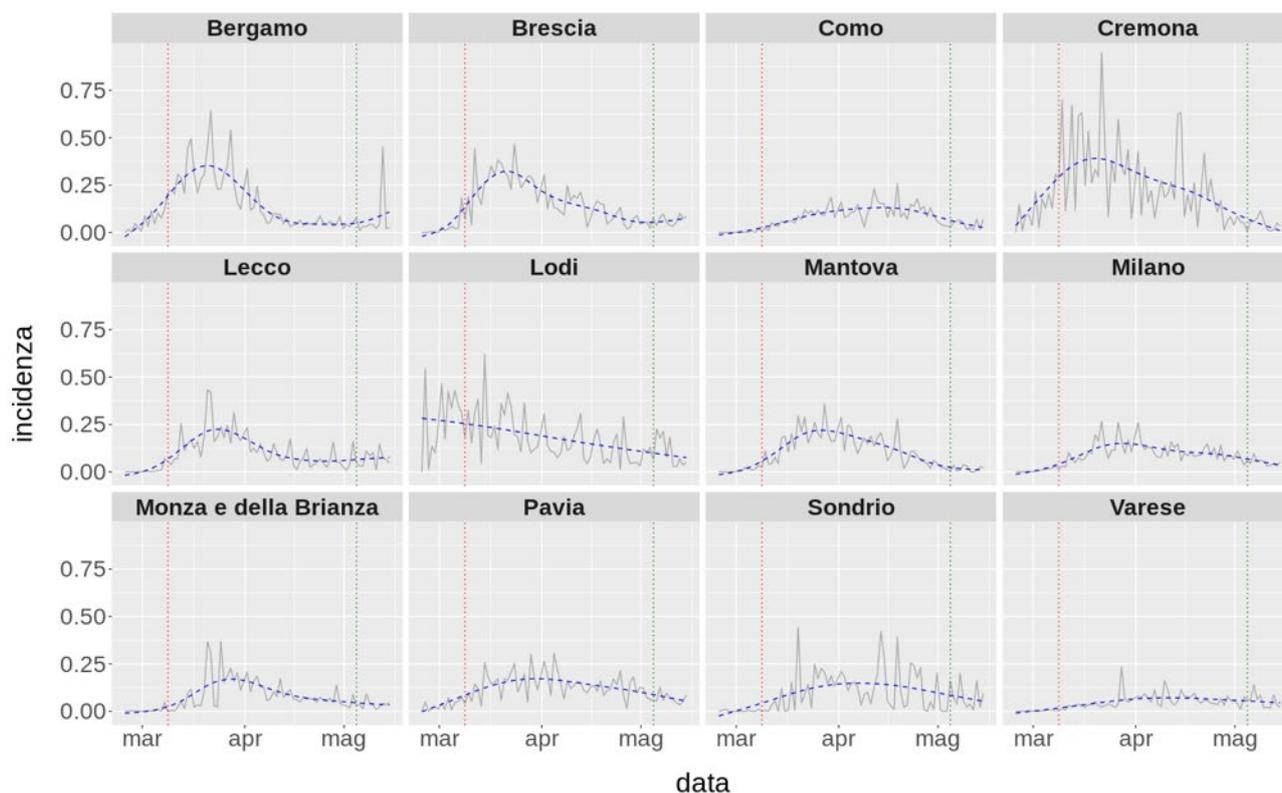
La pandemia in atto ha messo a dura prova il sistema

sanitario regionale e ha attivato processi di riorganizzazione dei percorsi di accesso e di cura ospedalieri (Coen et al., 2020); è stato necessario da parte dei territori più colpiti chiedere aiuto ai presidi regionali, fra cui quelli della nostra area, per il ricovero dei pazienti eccedenti le potenzialità di accoglienza dei nosocomi di abituale riferimento (Faggioli et al., 2020).

COVID-19 E RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ IN AMBITO OSPEDALIERO

L'esperienza COVID-19, per quanto riguarda il territorio comasco, è iniziata nella notte del 22 febbraio, verso le 3, quando la segreteria del reparto di Malattie Infettive del Nuovo Ospedale Sant'Anna (NOSA) di San Fermo della Battaglia – il principale presidio ospedaliero dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Lariana – ha avvertito

Figura 1 – incidenza per provincia in regione Lombardia (numero di nuovi casi al giorno ogni 1000 abitanti). Linea grigia: casi come segnalati dalle autorità. Tratteggio blu: smoothing (tramite Modello Additivo Generalizzato – GAM). Tratteggio rosso: inizio misure restrittive (8 marzo). Tratteggio verde: inizio fase 2 (4 maggio). Fonte dati: Protezione Civile (<https://github.com/pcm-dpc/COVID-19>)



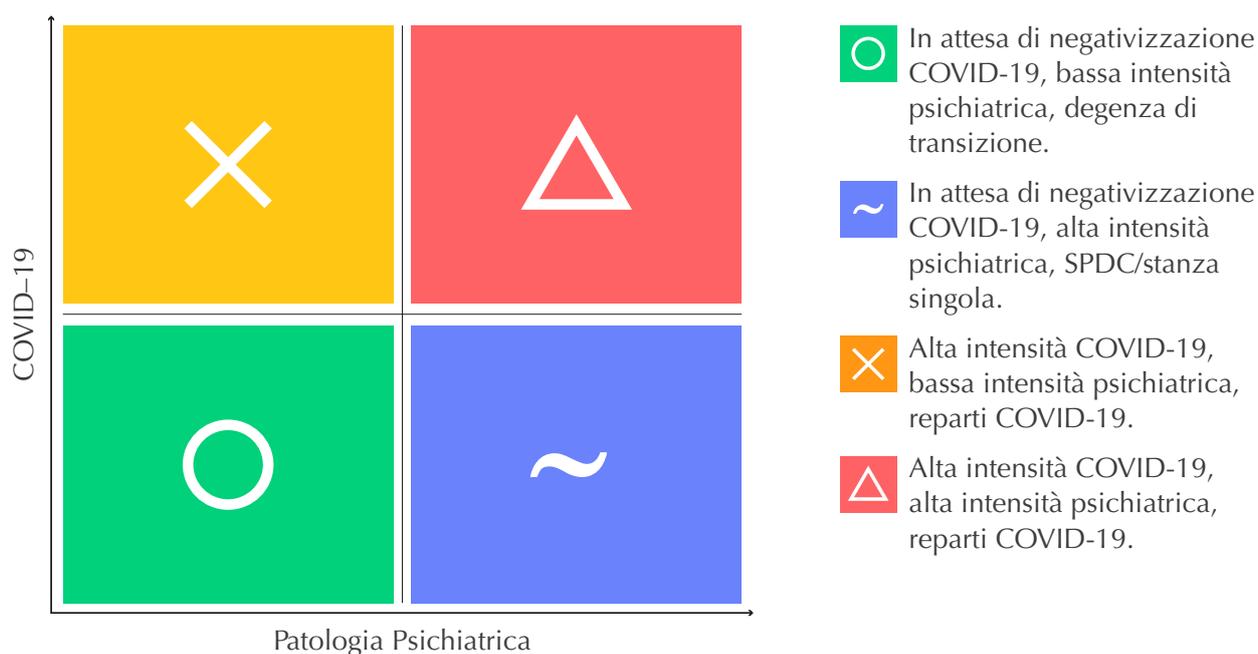
telefonicamente tutti i reparti dell'arrivo di un paziente infetto dal lodigiano. Lo stesso è deceduto il 24 febbraio per complicanze correlate alle patologie pregresse di cui soffriva. L'area comasca, pur continuando ad ospitare casi di COVID-19 da altre province lombarde, è stata apparentemente risparmiata da contagi autoctoni ancora per alcuni giorni. Il primo caso è stato registrato il 27 febbraio e da allora i numeri sono andati aumentando, sebbene Como sia stata per settimane una delle province lombarde meno colpite (*Figura 1*).

Da lì in poi, anche per la nostra area la crescita di contagi confermati con necessità di ricovero ospedaliero, in terapia intensiva o in ambienti a diversa assistenza, ha richiesto una riorganizzazione delle attività in ambito ospedaliero. Al NOSA i primi reparti ad essere stati convertiti in unità dedicate al COVID sono state le degenze chirurgiche. Successivamente la stessa riorganizzazione è stata poi attivata per la maggior parte degli altri reparti di degenza, riducendo l'assistenza non COVID-19 a poche corsie o, in alcuni casi, trasferendola in altri presidi ospedalieri aziendali.

Come era prevedibile, si è profondamente modificata anche l'attività clinica in ambito psichiatrico. Già dai primi giorni di marzo si è registrato un netto calo degli accessi in Pronto Soccorso (PS) degli utenti psichiatrici, con relativa riduzione dei ricoveri effettuati in regime di urgenza. Anche i Centri Psicosociali (CPS), cardine delle prestazioni psichiatriche territoriali, hanno ridotto l'attività clinica secondo le disposizioni ministeriali e regionale, garantendo le visite in urgenza, e implementato gli interventi da remoto (Mahase, 2020; Kahn, 2020) e le azioni di tutela del personale sanitario mediante l'impiego di Dispositivi di Protezione Individuale (DPI), da utilizzare secondo le indicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità (Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni, 2020).

Il 26 marzo 2020 la rete di offerta di ricovero psichiatrico della nostra Unità Operativa di Psichiatria Aziendale è stata significativamente ridimensionata, in relazione alla chiusura dei 17 posti letto del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) del NOSA di

Figura 2 – Le quattro macro situazioni cliniche di comorbidità COVID-19-patologia psichiatrica e le aree di degenza corrispondenti, COVID oppure specialistica psichiatrica



San Fermo della Battaglia riconvertito a reparto di degenza medica COVID. Tale decisione si è resa possibile per l'evidenza di una riduzione del bisogno complessivo di ospedalizzazione per problematiche psichiatriche e la possibilità di indirizzare la domanda di degenza presso gli SPDC aziendali dell'Ospedale Sant'Antonio Abate di Cantù e dell'Ospedale Erba Rinaldi di Menaggio (entrambi non-COVID), in rete tra loro con un ammontare complessivo di 22 posti letto. La chiusura del SPDC del maggiore ospedale di riferimento dell'area (NOSA), si è accompagnata alla attivazione in quella sede di una guardia attiva psichiatrica nelle ore diurne (ore 8-20) che garantisce attività di consulenza e intervento diretto – quando necessario – nei reparti COVID e nel Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA), in collegamento e collaborazione con team multidisciplinari. La chiusura del SPDC di Como, ha consentito di impegnare il personale sanitario in altre sedi. Infermieri e operatori socio-sanitari (OSS) sono stati assegnati ai diversi reparti di degenza. I medici hanno continuato a garantire la presenza di uno psichiatra nelle ore diurne presso il NOSA ed in parte sono andati a rafforzare il presidio ospedaliero di Cantù, dove è stata introdotta anche la guardia attiva notturna, divenendo così con il suo PS (e il suo SPDC) il riferimento principale dell'emergenza psichiatrica dell'area lariana. Il tema dei ricoveri di pazienti in cui sussistano problematiche di salute mentale in comorbilità con l'infezione da COVID-19 è stato affrontato all'interno di una operatività progettuale condivisa con la Direzione Socio Sanitaria aziendale che individua spazi di degenza secondo criteri di appropriatezza clinico/assistenziale: l'incrocio di intensità crescenti di bisogno di cura COVID-correlati e psichiatrici identificano quattro macro situazioni cliniche, per le quali sono indicate degenze in area COVID oppure specialistica psichiatrica (*Figura 2*).

L'organizzazione del “nuovo” servizio di consulenza-collegamento per tutti i reparti ospedalieri (COVID e non) del NOSA, si inserisce all'interno della più generale

riorganizzazione dei servizi di salute mentale, che ha interessato ogni setting di intervento (territoriale, ospedaliero, residenziale), per un bacino di circa 600.000 abitanti. La nostra offerta di cure psichiatriche si è modificata secondo le indicazioni delle agenzie sanitarie regionali e nazionali, le raccomandazioni della Società Italiana di Psichiatria, e le strategie adottate dal nostro paese per gestire la diffusione del COVID-19, basate da una parte sull'applicazione di rigide misure disciplinari e di isolamento e dall'altra sul trattamento dei casi d'infezione nelle aree ospedaliere. L'epidemia con il suo richiamo a stati di emergenza e misure restrittive sta rappresentando un laboratorio di trasformazione sociale e mutamento delle identità e dei vissuti dei singoli. In primo piano si pongono i cambiamenti legati al confinamento, alle frontiere architettoniche e le paure di contagio, con tutte le fantasie ad esso collegate. La drammaticità della situazione ha imposto a noi operatori della salute mentale di mantenere attenzione globale alle dimensioni emotive e alle problematiche somatiche, all'interno di un modello condiviso di circolarità e complementarietà delle cure. Per dirla con lo scrittore e filosofo Paul Preciado abbiamo indossato insieme alle mascherine protettive necessarie nella difesa dal virus, altre e metaforiche mascherine “cognitive”, fatte di nozioni, riflessioni e avvertenze per cercare di contrastare panico e incertezza (Preciado, 2020).

L'ATTIVITÀ PSICHIATRICA DI CONSULENZA-COLLEGAMENTO PRESSO IL NUOVO OSPEDALE SANT'ANNA

Gli accessi generali al PS dell'Ospedale Sant'Anna nel periodo di confinamento (lockdown), iniziato in Italia dal 9 marzo 2020, si sono drasticamente ridotti, verosimilmente per un iniziale timore da parte della popolazione di contagio nelle strutture ospedaliere. Le pandemie infatti non sono solo un fenomeno medico: influenzano gli individui e la società a molti livelli, causando perturbazioni, fra cui le modalità e i tempi del ricorso a cure e prestazioni sanitarie nel loro complesso;

un fenomeno che ha interessato anche la popolazione con bisogni di interesse psichiatrico. (Moukaddam & Shah, 2020; Fraticelli et al., 2020)

La maggior parte dell'attività clinica psichiatrica d'urgenza è stata trasferita al PS dell'ospedale di Cantù, che è diventato il luogo sul quale far convergere in prima battuta l'emergenza di interesse psichiatrico.

Il nostro intervento specialistico al Sant'Anna si è concentrato quindi prevalentemente su consulenze, su interventi di rivalutazione/stabilizzazione per condizioni psichiatriche pregresse o di nuova insorgenza e su stati di agitazione all'interno dei diversi reparti di degenza, compresi quelli COVID, e quando necessario presso il PS. Alla richiesta di consulenza da parte dei colleghi, lo psichiatra interviene secondo indicazioni che tengono conto del grado di impegno infettivologico e psichiatrico presente:

- nel caso di paziente COVID negativo, inizialmente si prevede, se possibile e appropriato, una condivisione telefonica di eventuali indicazioni terapeutiche a partire dalla presentazione clinica (es. per la sedazione e/o tranquillizzazione o per la comparsa di sintomi psicotici),
- in caso di inefficacia degli interventi e/o persistenza delle problematiche che hanno motivato la richiesta, si attua un colloquio al letto del paziente con idonei DPI (mascherina chirurgica per medico e paziente),
- se il paziente è COVID positivo, la tendenza è di privilegiare in prima istanza consulti telefonici, con relativa refertazione, limitando gli ingressi dello psichiatra di turno in area COVID,
- qualora ciò non si rilevi sufficiente e il paziente è in grado di sostenere un colloquio clinico, lo psichiatra si reca in area COVID protetto da idonei DPI.

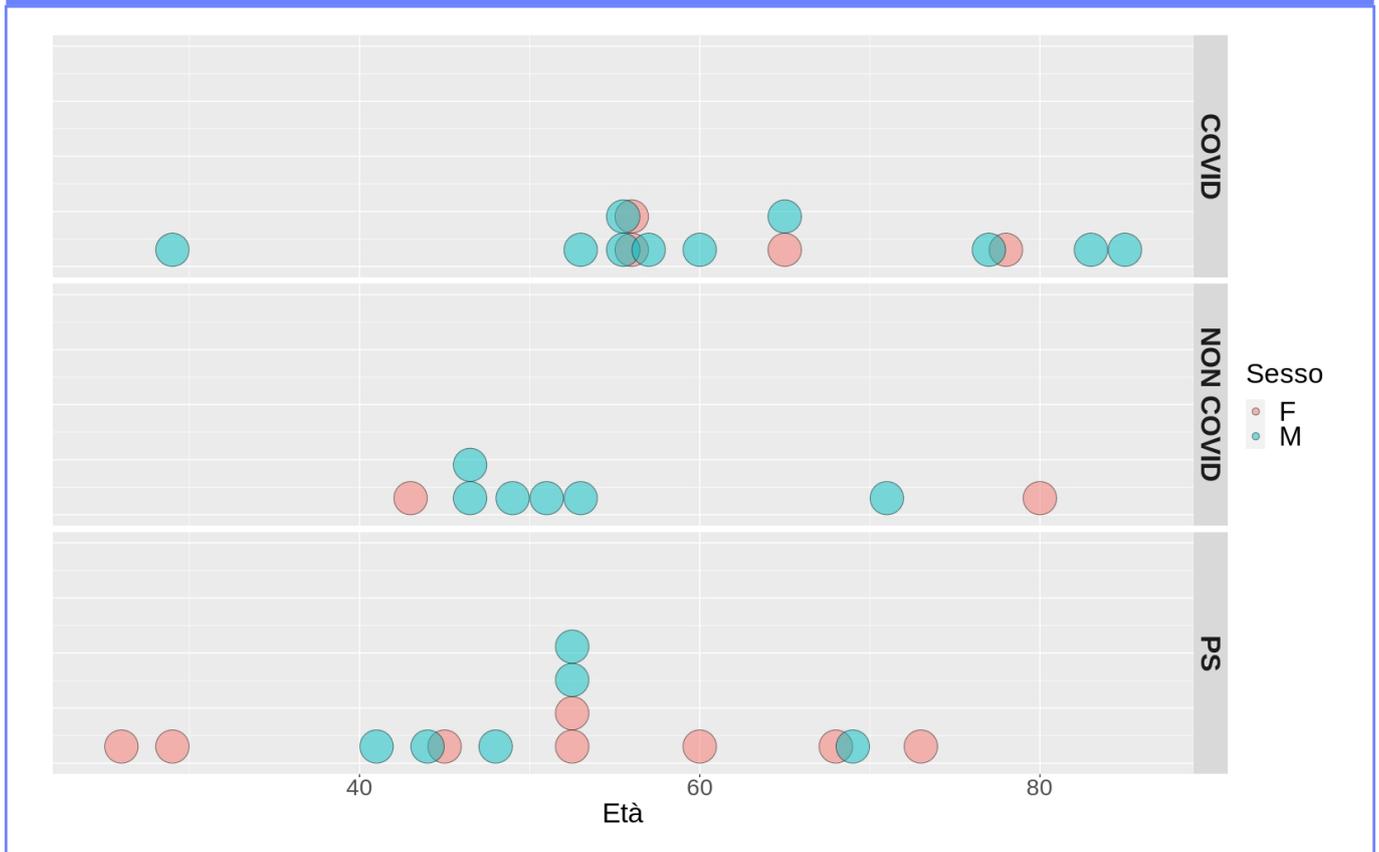
Questa attività di consultazione, messa in atto in setting e con modalità e procedure inusuali che non possono prescindere dalle misure di sicurezza e isolamento, può influire sui vissuti e sull'approccio dello psichiatra stesso.

Vestizione e svestizione, ad esempio, possono rappresentare momenti delicati e fonte di non pochi timori. Diventa sempre più importante quindi la collaborazione tra le varie figure professionali in una prospettiva di condivisione di esperienze e procedure, oltre alla formazione specifica ricevuta dal singolo operatore.

Dal 2 aprile al 12 maggio sono state espletate 61 consulenze totali al letto del paziente. Per ognuna, sono state effettuate poi almeno due telefonate di supporto, che si inseriscono all'interno di una molto più ampia e continuativa attività consultiva da remoto. L'età media dei soggetti visitati nei reparti è stata di 56,4 anni con una deviazione standard (SD) di 14,6 anni e una proporzione di donne dello 0,34 (SD: 0,48). Mediamente sono state richieste 1,65 consulenze per paziente (SD: 1,48). Tali analisi sono state ripetute suddividendo la popolazione in tre sottogruppi, a seconda delle aree ospedaliere di richiesta di valutazione psichiatrica: COVID, non COVID e PS. Le 61 consulenze sono risultate così ripartite: 17 in PS, 33 in reparti COVID e 11 in reparti non COVID. L'età media dei ricoverati in reparti COVID è risultata 62,5 anni (SD: 14,7), quella dei ricoverati in reparti non COVID 55,1 anni (SD: 13,2) e quella nei pazienti visitati in PS 50,9 anni (SD: 13,8). La proporzione di donne rilevata nei reparti COVID è risultata dello 0,30 (SD: 0,47), nei reparti non COVID dello 0,18 (SD: 0,40) e in PS dello 0,53 (SD: 0,51). Le consulenze effettuate per paziente sono state nei reparti COVID 2,36 (SD: 2,17, mediana: 1,00), nei reparti non COVID 1,22 (SD: 0,44, mediana: 1,00), in PS 1,21 (SD: 0,58, mediana: 1,00) (Figura 3). Tali risultati, seppur preliminari, suggeriscono per i soggetti COVID un'età media superiore, una proporzione superiore di maschi e una maggior complessità di trattamento.

I quadri clinici che più spesso si incontrano all'interno dei reparti COVID sono casi di Delirium e con minor frequenza reazioni ansioso-depressive. Si iniziano inoltre a riscontrare quadri compatibili con una reazione post-traumatica – anche con sintomatologia psicotica

Figura 3 – distribuzione dei pazienti sottoposti a consulenza psichiatrica presso il NOSA tra il 2 aprile e il 12 maggio 2020, suddivisi per sesso, età e reparto di degenza.



– in pazienti con anamnesi pregressa negativa sotto il profilo psicopatologico. La presenza di sintomi di natura neurologica nelle severe infezioni da SARS-CoV-2 con Sindrome da Distress Acuto Respiratorio (ARDS), che si accompagna a importante agitazione e confusione è stata riscontrata in particolare nelle unità di cure intensive e ha richiesto scelte trattamentali appropriate alla complessità in atto. (Helms et al., 2020). Non esistono raccomandazioni specifiche sul trattamento del Delirium da COVID-19, ma iniziano a comparire primi dati esperienziali rilasciati in emergenza che forniscono utili suggerimenti per gli interventi psicofarmacologici. La scelta del trattamento deve essere fatta da chi valuta il paziente in base alle condizioni cliniche, ai trattamenti in atto, alle caratteristiche individuali, e si può avvalere di diverse tipologie di farmaco (Pavone et al., 2020). Primi report e comunicazioni sottolineano come il delirium sia un'importante componente carente nella valutazione e

nella gestione attuale per COVID-19 soprattutto delle persone anziane (O'Hanlon & Inouye, 2020). Il 20-30% dei pazienti COVID-19 si presenta con o svilupperà un quadro di delirium o modificazioni dello stato mentale nel corso della ospedalizzazione, con tassi del 60-70% nel caso di malattia grave per tutte le età, con durata più lunga del ricovero, maggiori complicanze, più alti tassi di mortalità. (Mao et al., 2020; Helms et al., 2020; Rogers et al., 2020). Sta emergendo come non solo si registri un aumento dei quadri di delirium attribuibili a COVID-19, ma anche come esso possa rappresentare una ulteriore presentazione atipica di COVID-19 nei soggetti anziani. Tale presentazione include uno stato mentale alterato e non i tipici sintomi, come mancanza di respiro, tosse o febbre (Tay & Harwood, 2020; Boccardi et al., 2020). Una coerente gestione delle condizioni di delirium, deve tener conto dei fattori che lo determinano. Si tratta verosimilmente

della combinazione di effetti propri del virus (diretto interessamento neurologico, impegno cerebrovascolare, ma anche indirettamente attraverso ipossia, febbre elevata, incremento delle citochine, farmaci, alterazioni metaboliche) e delle condizioni ambientali ospedaliere, accentuati dalle necessarie misure precauzionali di protezione e di isolamento. A partire da tali considerazioni è evidente che la gestione non può essere esclusivamente demandata al trattamento psicofarmacologico sedativo. Va attentamente valutata la lista di accorgimenti per la prevenzione del delirium (es. fornire strumenti di visione, apparecchi acustici in base alle esigenze, assicurare nutrimento e idratazione, stimolare la capacità cognitiva), sì da contenere il peggioramento del quadro clinico e contrastare esiti negativi, nel breve e lungo termine (Bellelli et al., 2018).

Per l'utilizzo di trattamenti psicofarmacologici per le altre condizioni di interesse più propriamente psichiatrico in soggetti affetti da COVID-19, si è teso ad aderire a indicazioni frutto di "rapid review" di analisi della letteratura, dei principali database farmacologici, e dei documenti prodotti dalle più importanti associazioni scientifiche. Fra gli antipsicotici si è privilegiato l'uso di Aripiprazolo in considerazione dell'efficacia clinica (soprattutto per via intramuscolare) e del profilo di sicurezza clinica, mentre il ricorso a Aloperidolo è apparso più problematico per il rischio di aritmia (il prolungamento del QTc è possibile sia con cloroquina/idrossicloroquina, sia con alcuni antibiotici). La possibilità di compromissione respiratoria con le benzodiazepine (BDZ) ne limita l'utilizzo in soggetti ad alto rischio di distress respiratorio. Se ritenuto clinicamente necessario, va preferito l'utilizzo di farmaci a breve emivita (es. Lorazepam), ponendo attenzione alla somministrazione di BDZ a lunga emivita anche per i pazienti senza dispnea, poiché l'insufficienza respiratoria potrebbe manifestarsi rapidamente (Ostuzzi et al., 2020; Percudani et al., 2020).

L'ATTIVITÀ PSICHIATRICA DI CONSULENZA-COLLEGAMENTO NELLE DEGENZE DI TRANSIZIONE POST-ACUZIE COVID-19

Ora il periodo di lockdown volge al termine, con l'inizio dell'allentamento delle misure restrittive in atto. Con il calo dei contagi e le sempre più numerose dimissioni di pazienti guariti da COVID, si è programmata la prossima riapertura del SPDC del NOSA, aprendo le porte a una seconda fase anche per la psichiatria, che si troverà a fare i conti con le conseguenze dell'isolamento degli ultimi mesi e della limitazione dell'accesso alle cure ordinarie. L'impatto della pandemia da COVID-19 sull'assistenza sanitaria infatti non si limita ad una prima "curva" caratterizzata dalla morbilità e dalla mortalità direttamente correlata al SARS-CoV-2 in fase di picco, ma si esprime anche in una ridotta capacità della medicina d'urgenza per le patologie non COVID-19 (seconda curva) e sulla discontinuità nell'assistenza sanitaria per malattie croniche (terza curva). Quella che più interessa la nostra area specialistica, correlata alle altre tre, è una quarta curva delle problematiche psicosociali, attualmente in crescita temporale, con manifestazioni di stress, traumi psicologici, patologie psichiatriche, danni riconducibili a difficoltà economiche che si esprimono in maniera ampia in tempi successivi e più prolungati rispetto alla fase acuta della pandemia (Gruppo di Studio ISS "Aggiornamento scientifico COVID-19", 2020; Holmes et al., 2020; Ghebreyesus, 2020).

La Direzione della ASST Lariana ha programmato interventi di recupero per soggetti dimessi dai diversi reparti COVID e accolti presso degenze di transizione di nuova istituzione nel presidio ospedaliero Felice Villa di Mariano Comense. Un percorso di "recovery" che può essere lungo e graduale, volto al ripristino di piene condizioni di salute nelle dimensioni somato-motoria, nutrizionale e psicologica. Anche in questa area il servizio di salute mentale ha attivato uno specifico team di consulenza-collegamento che ha strutturato un modello

di lavoro condiviso con i colleghi, finalizzato ad attività di screening, di diagnosi e di trattamento di condizioni sofferenza emotiva, disturbi psichiatrici (depressione, ansia, sintomi da stress post-traumatico) e deficit cognitivi. L'intervento è strutturato in una prima fase di screening attraverso scale auto-somministrate, con possibilità di assistenza da parte del personale sanitario interno all'area di degenza. Successivamente in base all'esito delle scale, si procede a consulenza psichiatrica da remoto con interfaccia video, in modo da valutare la necessità di trattare farmacologicamente e/o indirizzare i pazienti a percorso di supporto psicologico. L'attivazione della consulenza si basa, oltre che sui dati testali anche sulla valutazione da parte dei colleghi internisti dei bisogni manifestati dai singoli pazienti.

CONCLUSIONI

Nella gestione dell'epidemia da COVID-19, è parsa chiara fin da subito la necessità di prendersi cura della dimensione emotiva e delle manifestazioni di franca sofferenza psichiatrica ad essa associata (episodi depressivi, reazioni acute allo stress, episodi psicotici, alterazioni comportamentali, condotte di abuso da alcol e sostanze), sia nelle fasi più acute della patologia che in quelle immediatamente successive. All'interno della realtà ospedaliera, la disponibilità costante di un servizio psichiatrico di consulenza e di collegamento nelle distinte fasi di malattia e per le diverse aree di degenza COVID, compreso quelle di "transizione" a supporto del processo di dimissibilità, consente di rispondere prontamente alle problematiche di salute mentale emergenti. Precocità di riconoscimento e tempestività degli interventi consentono da una parte di controllare la sintomatologia più acuta e dall'altra contrastare esiti evolutivi negativi sul breve e lungo termine.

Nelle fasi di transizione e recupero nel post-acuzie l'attenzione dei curanti va diretta sulle diverse dimensioni interessate dalla infezione (somato-motoria, nutrizionale, cognitiva e psicologica-psichiatrica), secondo l'espressività clinica e i bisogni psico-sociali dei soggetti interessati.

Comorbidità in campo e complessità delle situazioni sono elementi da tenere in forte e costante considerazione. In ambito psicofarmacologico, a titolo esemplificativo, si può ricordare come sia necessario un ricorso appropriato ai farmaci psicotropi da parte dei curanti di ogni specialità che partecipano del processo di cura. Essi infatti dovranno sempre considerare i principi base del trattamento farmacologico, per annullare o ridurre gli effetti dannosi di qualsiasi interazione con SARS-CoV-2 e il suo trattamento.

È già tempo di pensare alle prossime fasi, ciascuna caratterizzata da aree specifiche di attenzione, pur mantenendo alta la guardia perché non si realizzino riprese della pandemia con il buon governo delle dinamiche aperture-chiusura in atto. Fra gli altri, quello della riabilitazione è uno dei temi posto sul tavolo dall'emergenza coronavirus. Non meno importante, sebbene potesse sembrare che l'alta velocità dei contagi e il blocco delle prestazioni non urgenti ponessero in secondo piano gli interventi per un pieno recupero dopo la fase acuta di una malattia spesso altamente debilitante. La necessità è agire oggi e per il futuro secondo un'agenda procedurale diagnostico-terapeutico-riabilitativa condivisa dalla comunità scientifica, che consenta di identificare e trattare "globalmente", quanto prima e per i tempi necessari ogni paziente che si ammala di COVID-19.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Psichiatra Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze – ASST Lariana*

° *Direttore Generale – ASST Lariana*

§ *Direttore Socio Sanitario – ASST Lariana*

† *Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze – ASST Lariana*

CORRISPONDENZA A:

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

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

mail: carlo.fraticelli@asst-lariana.it

BIBLIOGRAFIA

1. Cereda D., Tirani M., Rovida F., Demicheli V., Ajelli M., Poletti P., et al. *The early phase of the COVID-19 outbreak in Lombardy, Italy*. arXiv, (preprint – not yet peer-reviewed).
2. Zehender G., Lai A., Bergna A., Meroni L., Riva A., Balotta C., et al. *Genomic characterization and phylogenetic analysis of SARS-CoV-2 in Italy*. *J Med Virol*. 2020;1-4.
3. Gandhi M., Yokoe D.S., Havlir D.V. *Asymptomatic Transmission, the Achilles' Heel of Current Strategies to Control Covid-19*. *N Engl J Med* 2020 Apr 24. doi: 10.1056/NEJMe2009758. [Epub ahead of print].
4. King A. *What four coronaviruses from history can tell us about covid-19*. *New Scientist* 29 April 2020. <https://www.newscientist.com/article/mg24632800-700-what-four-coronaviruses-from-history-can-tell-us-about-covid-19/>
5. Istituto Superiore di Sanità. *Epidemia COVID-19. Aggiornamento nazionale 20 maggio 2020 – ore 16:00*. Data pubblicazione: 22 MAGGIO 2020. https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_20-maggio-2020.pdf
6. Coen D., Paolillo C., Cavazza M., Cervellin G., Bellone A., Perlino S., et al. *Changing emergency department and hospital organization in response to a changing epidemic*. *Emerg Care J* 2020;16:8969.
7. Fagioli S., Lorini F.L., Remuzzi G. *Adaptations and Lessons in the Province of Bergamo*. *Engl J Med*. 2020 May 5. doi: 10.1056/NEJMc2011599 [Epub ahead of print].
8. Mahase E. *Covid-19: Mental health consequences of pandemic need urgent research, paper advises*. *BMJ* 2020 Apr 16;369:m11515. doi: 10.1136/bmj.m11515.
9. Kahn M.W. *Pandemic and Persona*. *N Engl J Med* 2020 May 6. doi: 10.1056/NEJMp2010377. [Epub ahead of print].
10. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. *Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-COV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da covid-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-COV-2*. Versione del 28 marzo 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n.2/ 2020 Rev.).
11. Preciado P., *Les leçons du virus*. Mediapart 11 Avril 2020. <https://www.mediapart.fr/journal/culture-idees/110420/les-lecons-du-virus?onglet=full>
12. Moukaddam N., Shah A. *Psychiatrists Beware! The Impact of COVID-19 and Pandemics on Mental Health*. *Psychiatric Times* 2020: 37(3).
13. Fraticelli C., Alamia A., Guanella E. (in stampa). *COVID-19 outbreak in Lombardy and impact on mental health and Psychiatric Services*. *Emerg Care J* 2020.
14. Helms J., Kremer S., Merdji H., Clere-Jehl R., Schenck M., Kummerlen C., et al. *Neurologic Features in Severe SARS-CoV-2 Infection*. *N Engl J Med*. 2020 Apr 15. doi: 10.1056/NEJMc2008597. [Epub ahead of print].
15. Pavone F., Fagiolini A. *Delirium in paziente COVID+*. In: *Raccomandazioni sulle attività e misure di contrasto e contenimento del virus SARS-COV-19. Evidence based Psychiatric Care* 2020. https://www.evidence-based-psychiatric-care.org/wp-content/uploads/2020/04/SARS-COV-19_Suppl_Speciale_Rivista_SIP_ita.pdf
16. O'Hanlon S., Inouye S. *Delirium: a missing piece in the COVID-19 pandemic puzzle*. *Age Ageing*. 2020 May 6. pii: afaa094. doi: 10.1093/ageing/afaa094. [Epub ahead of print].
17. Mao L., Jin H., Wang M., Hu Y., Chen S., He Q., et al. *Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China*. *JAMA Neurol*. 2020. doi: 10.1001/jamaneurol.2020.1127. [Epub ahead of print].
18. Rogers J.P., Chesney E., Oliver D., Pollak T.A., McGuire P., Fusar-Poli P., et al. *Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic* [published online ahead of print, 2020 May 18]. *Lancet Psychiatry*. 2020;S2215-0366(20)30203-0. doi:10.1016/S2215-0366(20)30203-0.
19. Tay H.S., Harwood R. *Atypical presentation of COVID-19 in a frail older person*. *Age Ageing*. 2020 Apr 21. doi: 10.1093/ageing/afaa068. [Epub ahead of print].

-
20. Boccardi V, Ruggiero C., Mecocci P. *COVID-19: A Geriatric Emergency*. *Geriatrics* 2020 Apr 26;5(2). doi: 10.3390/geriatrics5020024.
 21. Bellelli G., Morandi A., Trabucchi M., Caironi G., Coen D., Fraticelli C., et al. *Italian intersociety consensus on prevention, diagnosis, and treatment of delirium in hospitalized older persons*. *Intern Emerg Med*. 2018 Jan;13(1):113–121.
 22. Ostuzzi G., Amaddeo F., Michencigh G., Fagiolini A., Imperadore G., Barbui C. *Indicazioni pratiche sull'uso degli psicofarmaci in pazienti affetti da COVID-19*. Versione 1.0 del 19/03/2020.
<https://siep.it/wp-content/uploads/2020/03/Psicofarmaci-e-covid19-19.03.2020.pdf>
 23. Percudani M., Corradin M., Moreno M., Indelicato A., *Vita A. Mental Health Services in Lombardy during COVID-19 outbreak*. *Psychiatry Res*. 2020 Jun; 288: 112980. Published online 2020 Apr 12.
 24. Gruppo di Studio ISS, *Aggiornamento scientifico COVID-19* (a cura di). *COVID Contents* n.3 del 22 Aprile 2020. Aggiornamento Scientifico, Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. <https://doi.org/10.36170/COVIDCONT120>
 25. Holmes E.A., O'Connor R.C., Perry V.H., Tracey I., Wessely S., Arseneault L., et al. *Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science*. *Lancet Psychiatry*. 2020. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30168-1. [Epub ahead of print].
 26. Ghebreyesus T.A. *Addressing mental health needs: an integral part of COVID-19 response*. *World Psychiatry* 2020;19 (2):129-130.

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