



# 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)

**Fondatore 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](mailto: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](mailto: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](http://www.psichiatriaoggi.it)

## Psichiatria ai tempi di SARS-COV-2: il caso di Codogno

*Paletta Silvia°, Grassi Sergio°, Bertorello Andrea°,  
Bonizzoni Miki°, Grasso Federico°, Cerveri Giancarlo°*

### INTRODUZIONE

Dalla fine di dicembre 2019, la città cinese di Wuhan ha riportato una grave sindrome respiratoria acuta prima di allora sconosciuta (SARS-CoV-2) causata dal virus COVID-19, che si è diffusa successivamente a livello nazionale e internazionale (Li, 2020).

Secondo i dati diffusi dalla National Health Commission della Cina, il numero di casi confermati nella Cina continentale è aumentato a 80151 a partire dal 2 marzo 2020 (NHCC, 2020).

Il 30 gennaio 2020, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha tenuto una riunione di emergenza e ha dichiarato il virus COVID-19 un'emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale (WHO, 2020).

Il 20 Febbraio 2020 è stato diagnosticato il primo caso di polmonite da COVID-19 in Italia, presso il Presidio Ospedaliero di Codogno (Lodi). Sin da subito iniziava a cambiare l'assetto dell'ospedale, veniva chiuso il pronto soccorso, gli operatori sanitari venuti a contatto con il paziente risultato affetto da SARS-CoV-2 venivano posti in isolamento per lunghi interminabili giorni, in attesa dei risultati degli accertamenti laboratoristici. In poche ore tutti gli operatori sanitari si sono trovati a doversi confrontare con un pericolo sconosciuto, con la paura per la propria incolumità, per la salute dei propri cari e dei pazienti.

Veniva quindi delineata quella che sarebbe stata definita "zona rossa", veniva posto il divieto agli abitanti di spostarsi e l'esercito istituiva posti di blocco per consentire il transito solo agli operatori sanitari ed al resto della

popolazione esclusivamente in caso di limitate urgenze.

In questa situazione di emergenza sanitaria mantenere la funzionalità della rete dei servizi territoriali, soprattutto quelli rivolti alle persone più fragili (persone con sofferenza psichica, con disabilità, con malattie a decorso protratto) ha assunto particolare rilevanza. Nei casi di emergenze epidemiche, le persone con problemi di salute mentale sono generalmente più suscettibili a contrarre l'infezione, anche un recente articolo pubblicato da un gruppo di autori cinesi su *Lancet Psychiatry* ha sottolineato l'impatto degli effetti della pandemia COVID-19 sulle persone con disturbi mentali (Yao, 2020).

La Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica ha pertanto stilato una serie di indicazioni pratiche, con l'intento da un lato di declinare le direttive per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2 nella specificità dei livelli di assistenza distrettuale ed ospedaliera erogati dai Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD); dall'altro di offrire un testo di riferimento da aggiornare con il contributo dei DSMD e dei professionisti più competenti. L'obiettivo è stato quello di garantire, con il protrarsi dell'emergenza sanitaria, il massimo livello di assistenza compatibile con le esigenze di sanità pubblica e di sicurezza delle cure (Starace, 2020).

Tali istruzioni sono risultate maggiormente restrittive rispetto a quelle previste nel Rapporto ISS COVID-19, 2/2020 per le attività sanitarie e sociosanitarie, giustificate dal fatto di tutelare sia i pazienti con disturbi mentali che gli operatori del settore.

Gli operatori dei DSMD, sia in SPDC (Servizio

Psichiatrico di Diagnosi e Cura) che presso i servizi territoriali, si trovano a svolgere attività di emergenza/urgenza spesso ad alto rischio e pertanto è stato chiesto che i loro interventi venissero considerati alla stregua degli operatori del pronto soccorso e del 118, in quanto si trovano ad assistere persone in stato di agitazione o non controllati in ambienti non protetti, in cui è possibile un contatto diretto con il paziente. Non dimentichiamo che tali interventi non coinvolgono esclusivamente pazienti psichiatrici ma anche casi associati all'uso di sostanze stupefacenti o all'abuso di alcol, situazioni caratterizzate da alta reattività emotiva all'ambiente, come ad esempio aggressioni fisiche prolungate o altri agiti in cui gli operatori possono trovarsi a rischio di contagio.

Va inoltre sottolineato che nella popolazione psichiatrica è presente un rischio di mortalità maggiore rispetto alla popolazione generale a causa di comorbidità internistiche quali patologie cardiovascolari, respiratorie, metaboliche. Come documentato in letteratura, nei pazienti psichiatrici sono infatti molto frequenti le malattie respiratorie, la cui causa principale è rappresentata dagli alti tassi di tabagismo. Non va inoltre dimenticato che annualmente oltre il 15% dei pazienti psichiatrici è esposto a periodi medio-lunghi di permanenza in contesti ospedalieri e residenziali, con elevato rischio specifico di trasmissione di patologie per via respiratoria (Sánchez, 2007).

Nell'attualità non sono disponibili dati che ci permettano di stimare il rischio dei pazienti psichiatrici di poter contrarre l'infezione da COVID-19, tuttavia si può supporre che esso sia elevato a causa dello stile di vita disfunzionale e dei disturbi comportamentali.

Una notizia di stampa diffusa all'inizio di febbraio 2020 in Cina, in cui era stata riportata la presenza di un focolaio di 50 casi di COVID-19 tra i pazienti ricoverati in un ospedale psichiatrico di Wuhan, aveva sollevato molte preoccupazioni sul ruolo dei disturbi mentali nella trasmissione del coronavirus. Possibili

spiegazioni comprendono la presenza di deficit cognitivi, bassa consapevolezza del rischio e ridotta attenzione alle procedure di protezione personale da parte dei pazienti con disturbi mentali, così come condizioni di sovraffollamento di molti reparti psichiatrici. Gli individui affetti da patologie psichiatriche, una volta contratta l'infezione e ammalate, possono incontrare numerosi ostacoli per accedere tempestivamente ai servizi sanitari e ricevere le cure necessarie: questo avviene soprattutto a causa dello stigma associato ai disturbi mentali che ancora esiste nei contesti sanitari di tutto il mondo (Henderson, 2014), pertanto le persone con disturbi mentali tendono a ricevere meno attenzione per la loro salute fisica nei contesti ospedalieri (Jones, 2008). Inoltre, la comorbidità tra disturbi psichiatrici ed infezione da COVID-19 rende il trattamento più complicato e potenzialmente meno efficace (Sartorius, 2013).

Va inoltre considerato che la pandemia da COVID-19 ha determinato una diffusione altrettanto epidemica di paura, ansia e depressione. Le persone con disturbi mentali possono essere maggiormente inclini a produrre risposte emotive disfunzionali in relazione all'epidemia, col risultato di andare incontro a ricadute o al peggioramento di un disturbo preesistente a causa della più alta suscettibilità allo stress.

## **COME IL DSMD DI LODI HA AFFRONTATO L'EMERGENZA COVID-19**

Con l'insorgenza dell'emergenza da COVID-19 il DSMD di Lodi (che conta una popolazione pari a 230.000 abitanti) si è inizialmente ritrovato ad essere separato in due aree, la "zona rossa" e la "zona gialla"; l'assetto dei diversi presidi ospedalieri iniziava a modificarsi e conseguentemente anche l'assetto e l'organizzazione delle attività cliniche del Dipartimento di Salute Mentale.

Il reparto di degenza psichiatrica è situato a Codogno, epicentro italiano di quella che presto sarebbe diventata

una pandemia, sempre in quella che era stata definita “zona rossa” è situato il CPS (Centro Psico Sociale) di Casalpusterlengo, mentre il CPS di Sant’Angelo Lodigiano, il CPS e la CRA (Comunità Riabilitativa ad Alta Intensità) si trovano in quella definita “zona gialla”.

Nella situazione di emergenza il DSMD si è confrontato con la necessità di garantire i servizi essenziali relativi alle aree di Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile, Servizi delle Dipendenze.

Per quanto riguarda l’area psichiatrica è stata garantita l’attività relativa alla degenza ospedaliera e alla degenza comunitaria, l’attività di gestione territoriale dei pazienti e l’attività di consulenza presso il Pronto Soccorso e i diversi reparti di degenza.

Gli operatori della struttura comunitaria si sono adoperati per effettuare interventi di educazione sanitaria, garantendo comportamenti di sicurezza per i pazienti e per gli operatori stessi.

I servizi territoriali hanno garantito la gestione delle prime visite e delle urgenze, la somministrazione delle terapie farmacologiche orali e long acting, l’assistenza e la cura dei pazienti con patologie psichiatriche gravi attraverso visite domiciliari ed interventi nell’ambito dell’attività di semiresidenzialità.

Nelle prime settimane dell’emergenza si è assistito ad una riduzione degli accessi in Pronto Soccorso dei pazienti psichiatrici, alcuni spaventati da quanto stava accadendo, altri impossibilitati a raggiungere tempestivamente i servizi psichiatrici a causa delle difficoltà negli spostamenti e del fatto che i Servizi del 118 fossero quasi totalmente impegnati nella gestione dei pazienti sintomatici per COVID-19. La situazione si è poi modificata con il ripristino degli afflussi dei pazienti psichiatrici presso i servizi di emergenza e tale incremento ha avuto ripercussioni sull’attività del SPDC, che si è trovato a far fronte ad ulteriori criticità, sia per quanto riguarda i nuovi ricoveri che per quanto riguarda le dimissioni

dei pazienti stabili, con l’aggravante di dover garantire l’isolamento dei pazienti sospetti.

La situazione infettiva, che aveva coinvolto ovviamente le famiglie dei pazienti e anche le strutture comunitarie presso le quali i pazienti erano ospiti prima del ricovero, rendeva difficoltosa se non impossibile la loro dimissione. Contestualmente erano state sospese anche le valutazioni per i nuovi inserimenti nelle diverse strutture.

Il DSMD si è quindi dovuto confrontare con diverse difficoltà di tipo sanitario, amministrativo e gestionale.

## **ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA**

Per contrastare il rischio di creare nuovi focolai di contagio il DSMD di Lodi ha dovuto affrontare la necessità che i ricoveri dovuti a Covid-19 di pazienti con disturbi mentali avvenissero con maggiori accorgimenti rispetto ai pazienti non affetti da disabilità psichiche, a causa della gestione di situazioni quali aggressività, agitazione psicomotoria, rischio suicidario.

I pazienti con sofferenza psichica, disabilità e malattie a lungo decorso, hanno bisogno di un’assistenza specialistica maggiore di quella di un qualsiasi malato cronico, soprattutto nei casi di quei pazienti che non hanno sufficiente compenso psicopatologico e che non sono collaborativi, come nel caso dei ricoveri in regime di TSO. Ricoverarli in un “reparto COVID+” ordinario, senza il supporto di una specifica assistenza, avrebbe significato mettere a rischio la loro salute e quella degli altri. Non era altresì possibile pensare che potessero essere gestiti in strutture ospedaliere senza aree dedicate o camere isolate, aumentando il rischio di contagio.

È stato quindi necessario anche modificare l’assetto logistico ed organizzativo del reparto. La riorganizzazione è stata in ultimo supervisionata dall’equipe di Medici Senza Frontiere, intervenuta presso il presidio di Codogno per fornire supporto logistico e clinico. In

riferimento alla gestione dei posti letto presso SPDC di Codogno, la struttura dello stesso ha consentito di poter creare due aree, una COVID – (pazienti risultati negativi a due tamponi nasofaringei) ed una per i casi sospetti, o confermati positivi per infezione da Covid-19.

Per ridurre il rischio di contagio, in attesa di determinate informazioni mediche e cliniche che escludano lo stato infettivo, ogni nuovo ingresso viene trattato come possibile caso sospetto e quindi ricoverato nell'area dedicata con le misure di isolamento richieste dal caso, prevenendo così la contaminazione del resto del reparto e ponendo attenzione anche ai fattori di rischio di contagio per il personale. Si aggiunge inoltre come sia sempre stato assicurato il rifornimento di DPI (dispositivi di protezione individuale) adeguati per il personale.

Il paziente ricoverato viene quindi posizionato nell'area di ricovero dedicata e isolato nella stanza rispetto agli altri pazienti anche se asintomatici (si considerano sintomi di allarme: iperpiressia e sintomi respiratori). Al momento del ricovero vengono richiesti: tampone nasofaringeo per ricerca positività Covid 19, RX torace, esami ematochimici specifici per verificare eventuale stato d'infezione ed eventualmente emogas arterioso.

Per tutti i degenti viene inoltre controllata attentamente l'insorgenza improvvisa di almeno uno dei seguenti segni e sintomi di infezione respiratoria acuta: temperatura corporea  $> 37,5$  °C, tosse e difficoltà respiratorie, pertanto vengono costantemente monitorati (due volte al giorno) temperatura corporea, saturazione di ossigeno, frequenza cardiaca e respiratoria, pressione sanguigna.

Tutti i pazienti sono stati dotati di mascherina chirurgica e sono stati effettuati colloqui educativi al fine di spiegare loro l'emergenza sanitaria che stava coinvolgendo il mondo esterno, l'importanza dell'uso della mascherina e della necessità di limitare i contatti con famigliari,

operatori e codegenti, mantenendo le opportune distanze di sicurezza gli uni dagli altri. Questi interventi si sono scontrati con i limiti che i pazienti psichiatrici hanno mostrato nella comprensione dell'emergenza in atto, con la scarsa compliance alle indicazioni poste dagli operatori e con le conseguenze emotive derivanti dai cambiamenti organizzativi che li vedevano coinvolti.

Sono state inoltre sospese tutte le visite dei famigliari, e questa condizione ha reso ancora più complicata la gestione dei pazienti, che non solo hanno vissuto settimane come "prigionieri" in SPDC, ma si sono visti privati della possibilità di vedere i propri cari peggiorando il già delicato clima caratterizzato da insofferenza alla degenza ed intolleranza alle frustrazioni. Tale problematica è stata parzialmente affrontata tramite l'utilizzo della telemedicina, che ha anche permesso all'equipe medica di mantenere i contatti con i famigliari dei degenti e con quei pazienti isolati al domicilio o impossibilitati a raggiungere di persona i servizi psichiatrici.

Non meno complesso è stato comunicare ai pazienti risultati affetti da COVID-19 l'entità della propria condizione organica, la necessità di seguire scrupolosamente le indicazioni mediche e alla dimissione l'obbligo delle misure di isolamento sociale.

Quotidianamente il DSMD si è trovato a dover riadattare l'organizzazione del reparto sulla base dell'insorgenza di nuove criticità o delle disposizioni emanate dalle linee guida aziendali e ministeriali, al fine di prevenire i contagi. Questo è stato reso possibile grazie alla collaborazione di tutti gli operatori dell'equipe, adottando un atteggiamento caratterizzato da spirito d'iniziativa e di adattamento, mostrandosi pronti ad adeguarsi alle esigenze in continuo cambiamento e trovando nuove modalità per sopperire alle criticità.

In particolar modo nelle prime settimane dell'emergenza

genza non era possibile dimettere i pazienti (che sono stati trattenuti per oltre tre settimane, anche se clinicamente stabili e quindi dimissibili) in quanto ricoverati in una struttura sanitaria ubicata all'interno della "zona rossa". Anche dopo aver appurato la negatività al COVID-19 è stato complesso riuscire a dimettere i pazienti al domicilio o inviarli alle strutture comunitarie di competenza, che iniziavano anch'esse a fronteggiare il problema della pandemia iniziando a riscontrare i primi casi di pazienti positivi al COVID-19. In conseguenza di queste problematiche e della necessità di mantenere le misure di isolamento si è riscontrata una riduzione della disponibilità di posti letto. È subentrata inoltre la necessità di accelerare il processo di effettuazione ed analisi dei tamponi, nonché delle procedure diagnostiche eventualmente necessarie per chiarire il quadro clinico dei pazienti sospetti. Tale problema è stato tuttavia accolto da parte del laboratorio analisi dell'Ospedale di Lodi, consentendo una via preferenziale per l'analisi dei tamponi effettuati in SPDC, pur persistendo l'oggettivo carico di richieste.

Gli operatori si sono adoperati per garantire un adeguato livello di tolleranza tra i degenti, confrontandosi con l'aumento dell'insofferenza al ricovero, la paura del contagio e la frustrazione per l'attesa dei risultati di tamponi nasofaringei effettuati, il peggioramento degli aspetti disfunzionali e dell'aggressività.

Sono subentrate difficoltà negli spostamenti per riuscire ad effettuare esami diagnostici strumentali o consulenze per i pazienti con comorbidità organiche, in quanto presso il presidio di Codogno i reparti di degenza ordinaria (U.O di medicina interna, cardiologia, ortopedia...) erano stati trasformati in reparti dedicati ai pazienti positivi al virus COVID-19 e i pazienti non potevano essere trasportati presso l'Ospedale di Lodi a causa dell'elevato rischio infettivo, della difficoltà di reperire mezzi di trasporto, e del fatto che venivano garantiti i servizi diagnostici e di consulenza solo per le situazioni di emergenza.

A partire dal 20 Febbraio è stato chiuso il pronto soccorso del presidio ospedaliero di Codogno, pertanto sono state modificate le modalità di invio dei ricoveri e l'effettuazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori. Contemporaneamente è stata modificata l'assetto del Pronto Soccorso di Lodi che ha creato un'area "pulita" dove viene effettuato il triage dei pazienti psichiatrici che successivamente vengono valutati dallo psichiatra.

Un punto di forza è stato la possibilità, in collaborazione con il Pronto Soccorso di Lodi, di effettuare iniziali accertamenti diagnostici prima dell'invio dei pazienti presso SPDC.

Punto di forza ulteriore è stata la collaborazione con i reparti COVID+, tramite cui i pazienti ricoverati presso il nostro SPDC ed ivi diagnosticati come positivi, sono stati trasferiti in reparti COVID+ per avere l'adeguata assistenza internistica, garantendo nel contempo da parte del DSMD l'assistenza psichiatrica.

## **ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI TERRITORIALI**

Non meno rilevante è stata la riorganizzazione dei servizi territoriali del DSMD.

Una questione fondamentale è stata infatti la necessità di garantire la continuità assistenziale in modo omogeneo su tutto il territorio, coordinando il massimo dell'assistenza possibile con l'esigenza della sicurezza delle cure. L'obiettivo di evitare ulteriori contagi ha modificato in modo rilevante la presa in carico dei pazienti, comportando la riorganizzazione dei servizi di salute mentale.

I servizi di salute mentale territoriali hanno dovuto fronteggiare la necessità di garantire la tutela dei pazienti gravi, tanto più a rischio, quanto più si trovano in condizioni di deprivazione sociale, sostenere le famiglie, che non possono da sole fare da ammortizzatori sociali dell'emergenza, se non per periodi brevissimi, in assenza

di altri supporti; rafforzare l'assistenza domiciliare con un approccio multidisciplinare e multisettoriale, in un'alleanza servizio pubblico-servizi sociali-terzo settore, per una risposta globale ai bisogni di cura e di assistenza. Tuttavia prima la delimitazione della "zona rossa" e successivamente la situazione di isolamento e quarantena, ha causato notevoli difficoltà negli spostamenti, con conseguente difficoltà dei servizi psichiatrici ad attuare una corretta gestione territoriale dei pazienti psichiatrici e dei servizi sociali ad intervenire nei casi di necessità.

Inoltre il contagio aveva colpito anche numerosi operatori del territorio con conseguente rilevante riduzione delle risorse a disposizione. Tali difficoltà si scontravano con la necessità di un controllo più capillare del territorio, in conseguenza di criticità quali:

- riduzione dei posti letto in SPDC a causa dell'impossibilità nell'effettuare dimissioni
- difficoltà dell'accesso in pronto soccorso da parte dei pazienti, sia per la paura del rischio di contagio, sia per il fatto che i trasporti d'emergenza erano impegnati nell'emergenza infettiva
- necessità di garantire tanto gli interventi di emergenza quanto gli interventi in regime di semiresidenzialità per evitare riacutizzazioni psicopatologiche.

I servizi territoriali hanno quindi riorganizzato le attività ordinarie, mettendo in campo nuove modalità per mantenere i contatti e monitorare e sorvegliare l'andamento clinico dei pazienti, grazie anche all'uso di sistemi digitali audio e video. Per quanto riguarda le terapie farmacologiche, una grande risorsa è stata l'utilizzo delle terapie in formulazione long-acting, che hanno permesso la stabilizzazione clinica dei pazienti, garantendo maggiore controllo per quanto riguarda la somministrazione delle terapie durante l'isolamento.

Anche la Comunità Riabilitativa ad Alta Intensità (CRA) è stata coinvolta in nuovo assetto organizzativo.

Sono state bloccate le ammissioni e le dimissioni ed è stato modificato il progetto riabilitativo, in quanto le attività svolte all'esterno della struttura e i percorsi lavorativi sono stati interrotti, inoltre ai pazienti residenti sono stati impediti o comunque fortemente limitati i contatti con familiari e con le persone esterne. Anche in questo caso, l'isolamento e la mancanza di contatti con il mondo esterno ha causato un aumento dell'insoddisfazione e dell'intolleranza alle frustrazioni con riacutizzazioni psicopatologiche e aumento dell'aggressività.

## OPERATORI SANITARI E SALUTE MENTALE

Un aspetto importante dell'emergenza COVID-19 è stata l'insorgenza di difficoltà psicologiche tra gli operatori e conseguentemente le criticità di gestione del personale

A partire dal 20 Febbraio il personale si è posto in isolamento, chi ne aveva la possibilità anche allontanandosi dai propri familiari, e si è trovato a convivere ogni giorno con la paura di un eventuale contagio. Molti operatori non ha potuto raggiungere i propri familiari residenti in altre regioni, alcuni dei quali deceduti a causa di infezione da SARS-COV-2.

Si è verificato un aumento dell'attività lavorativa, dovuto all'assenza di colleghi per malattia e alla riorganizzazione ospedaliera per l'emergenza in corso, con conseguente incremento dello stress emotivo.

Inoltre gli operatori hanno dovuto fronteggiare quotidianamente la paura del contagio, l'eventuale insorgenza di sintomi influenzali e l'esposizione a casi positivi per SARS-COV-2 (personale in contatto con parenti/amici affetti in quanto abitanti dei comuni zona rossa o che avevano avuto contatti con operatori del pronto soccorso e della medicina di urgenza di Codogno risultati positivi).

Proprio per quanto concerne gli aspetti psicologici e di gestione del personale il dipartimento di salute mentale ha fornito un valido contributo anche nella gestione del



personale degli altri reparti, in particolar modo Pronto Soccorso e Rianimazione, fornendo un servizio dedicato con la presenza di psichiatra e psicologo.

All'interno di una visione ospedalocentrica, propria dell'istituzione ospedaliera, l'emergenza ha spinto la Direzione Strategica dell'ASST di Lodi a investire sulla visione territoriale propria del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze.

Il DSMD è stato designato come collettore delle risorse e centro di programmazione e coordinamento di tutti gli interventi di valutazione e sostegno dei bisogni di natura psicologica e psichiatrica connesse all'emergenza, coinvolgendo anche professionisti di altri dipartimenti. Oltre all'iniziale creazione del servizio di supporto per gli operatori sanitari impiegati in prima linea nella cura dei pazienti vittime da COVID-19, sono emerse anche altre aree di intervento, per le quali sono stati strutturati modelli di intervento differenti. Nell'organizzazione di tali modelli, necessariamente si è dovuto tenere conto dei limiti imposti dalla situazione contingente (autoisolamento, quarantena per i pazienti e i familiari, utilizzo di modalità differenti di contatto telefonico, video call, piattaforme online per le valutazioni autosomministrate). È stato tuttavia possibile istituire i seguenti servizi: il supporto per i familiari dei pazienti deceduti, nella prevenzione dell'insorgere di un lutto complicato; il supporto per i familiari dei pazienti ricoverati; il supporto per i pazienti in telesorveglianza, col fine di monitorare oltre alla salute fisica anche quella mentale; il supporto per i cittadini.

In questa situazione di emergenza le figure sanitarie hanno attinto alle proprie competenze professionali, etiche e comunicazionali per fronteggiare le diverse richieste. Per le figure gestionali non è stato importante solo fornire risposte coerenti in termini di gestione del rischio clinico e professionale, ma anche gestire il ruolo di leadership per fornire agli operatori risposte ed in-

dicazioni in una fase di incertezza, al fine di favorire la collaborazione e garantire la miglior sicurezza all'interno dell'ambito lavorativo.

## CONCLUSIONI

L'infezione da SARS-CoV-2, oltre alle implicazioni mediche infettivologiche e sistemiche, si è caratterizzata per le possibili gravi ripercussioni sul versante della salute mentale. La paura, la preoccupazione, le incertezze e i fattori di stress costanti nella popolazione durante l'epidemia di COVID-19 possono portare a conseguenze a lungo termine all'interno delle comunità, delle famiglie, degli individui vulnerabili. In particolar modo la pandemia da COVID-19 ha un impatto particolarmente rilevante sui pazienti psichiatrici per le conseguenze del distanziamento sociale e per la difficoltà di gestione tanto da parte dei terapeuti, quanto da parte dei familiari. Gli stessi caregiver, a causa della situazione particolarmente complessa possono avere la necessità di un supporto psicologico. Non vanno poi tralasciati gli effetti della pandemia sugli operatori sanitari, particolarmente a rischio di burn-out sia per l'impegno fisico estenuante sia per quello psicologico.

In tale contesto i servizi di salute mentale rivestono un ruolo cruciale, con l'obiettivo di tutelare non solo gli individui affetti da patologie psichiatriche, ma anche gli operatori sanitari e l'intera comunità.

---

AFFERENZA DEGLI AUTORI

*° Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze ASST Lodi*

CORRISPONDENZA A:

*Silvia Paletta, [silvia.paletta@asst-lodi.it](mailto:silvia.paletta@asst-lodi.it)*

## BIBLIOGRAFIA

1. Li Q., Guan X., Wu P., et al. *Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia* [published online January 29, 2020]. *N Engl J Med.* 2020. doi:10.1056/NEJMoa2001316
2. The National Health Commission of China, *Updates on the novel coronavirus outbreak up to March 2, 2020*. Accessed March 3, 2020.
3. World Health Organization, *Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)*. Published January 30, 2020. Accessed February 2, 2020.
4. Yao H., Chen J.H., Xu Y.F., *Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic*. *Lancet Psychiatry* 2020;7:e21.
5. F. Starace, F. Amaddeo, W. Di Munzio, A. Gaddini, A. Guidi, L. Magliano, E. Monzani, A. Piazza, E. Rossi, G. Tibaldi, A. Lora, G. Nicolò, E. Pompili; *Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica. Istruzioni operative per le attività dei dipartimenti di salute mentale in corso di emergenza coronavirus*. Documento aggiornato al 30.3.2020
6. Sánchez-Mora N., Medina O., Francisconi B., Meza N.W., Rossi N, Colmenares F, Parellada Redondo M, Arango C. Risk factors for respiratory disease in chronic psychiatric inpatients *European Journal of Psychiatry* 21(3) · July 2007 DOI: 10.4321/S0213-61632007000300006
7. Henderson C., Noblett J., Parke H., et al. *Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings*. *Lancet Psychiatry* 2014;1:467-82.
8. Jones S., Howard L., Thornicroft G., 'Diagnostic overshadowing': worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118:69-71.
9. Sartorius N., *Comorbidity of mental and physical diseases: a main challenge for medicine of the 21st century*. *Shanghai Arch Psychiatry* 2013; 25: 68-69.

## 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](mailto: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](mailto: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