PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

AnnoXXXIII • n. 1 • gennaio–giugno 2020 Rivista fondata e diretta da Alberto Giannelli *Semestrale*

made in iconomia

Il valore della ricerca.

Avere soluzioni terapeutiche innovative significa migliorare la vita delle persone dal punto di vista umano, sociale ed economico. Ma non sarebbe possibile senza nuove e incoraggianti scoperte in ambito farmaceutico: per questo motivo Janssen sostiene la ricerca globale all'interno dei propri laboratori e collabora con le realtà accademiche, scientifiche, industriali, istituzionali.

Giorno dopo giorno, Janssen affronta sfide sempre più complesse nel campo della medicina, rimanendo al fianco dei pazienti in molte delle principali aree terapeutiche: neuroscienze, infettivologia e vaccini, immunologia, malattie cardiovascolari e metaboliche, oncologia ed ematologia. Al tempo stesso promuove la sostenibilità del sistema salute con modelli innovativi di accesso e programmi di formazione e informazione.

Il valore della ricerca è solo uno dei cardini su cui si basa l'operato di Janssen in Italia: da 40 anni al servizio della ricerca per un mondo più sano.

Janssen. Più vita nella vita.

janssen

Janssen-Cilag SpA
www.janssen.com/italy

SOMMARIO

AnnoXXXIII • n. 1 • gennaio–giugno

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.

In copertina: *Centurione III, Igor Mitoraj, 1992 Gewerbepark Regensburg, Germany*
CC3.0 Photo credits: *Johanning*

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.

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

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'emer-

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 modificato 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 delineazione 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 famigliari 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'insofferenza e dell'intolleranza alle frustrazioni con riesacerbazioni 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 iI personale si è posto in isolamento, chi ne aveva la possibilità anche allontanandosi dai propri famigliari, e si è trovato a convivere ogni giorno con la paura di un eventuale contagio. Molti operatori non ha potuto raggiungere i propri famigliari 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 indicazioni 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

BIBLIOGRAFIA

1. Li Q., Guan X.,Wu P., et al. *Early transmission dynamics inWuhan, 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 attivita' 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 in patients 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;118169-71.
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.

PARERI

Il contributo che segue è una risposta all'articolo pubblicato nel numero precedente della rivista psichiatriaoggi a firma di Mario Ballantini, repereibile al seguente indirizzo.

Tossicodipendenza: normalità o coercizione alla cura?

Possibilità e limiti di un approccio ad una "doppia diagnosi" che cambia sempre più velocemente

Massimo Clerici

Caro Mario, ho letto con interesse e condiviso i contenuti del tuo stimolante contributo alla nostra Rivista: le riflessioni che seguono sono un tentativo di aprire un dibattito o, meglio, di "allargare" quel dibattito che la nostra Società scientifica – la Società Italiana di Psichiatria delle Dipendenze – sta animando da oltre trent'anni come sezione speciale della Società Italiana di Psichiatria attraverso un "percorso" di sensibilizzazione clinica degli psichiatri su questo tema. È vero: l'utilizzo di sostanze ha subito, negli ultimi 20 anni, un incremento straordinario. L'età dei consumatori si è notevolmente abbassata andando ad interessare popolazioni particolarmente esposte ai danni provocati dall'uso di droghe sul sistema nervoso centrale (SNC). Nei fatti si è verificato un cambiamento radicale, direi epocale: nella tipologia del prodotto e negli stili/modalità di assunzione delle sostanze.

Le cosiddette "nuove" sostanze psicoattive (NSP) sono perlopiù sconosciute e costituiscono una costellazione di molecole il cui potere patoplastico, per quanto riguarda appunto il SNC, è accertato ma non offre ancora possibilità di rapido riscontro. Ce lo dicono i tossicologi costantemente... Il poli-uso è oggi generalizzato e lo spostamento del mercato dalle condotte devianti al bene di consumo ha avuto due ricadute principali: in primo luogo sposta l'attenzione dell'opinione pubblica dall'obiettivo del contrasto all'uso a quello della tutela del consumatore. L'uso è riconosciuto come accettabile e l'idea che ne deriva è ormai – come in altri campi, ad esempio quello agro-alimentare – che, in fondo, dobbiamo stare solo attenti a consumare il prodotto migliore, quello "pulito", biologico, naturale... un ampio dibattito sulla letteratura giornalistica sta a dimostrarlo da almeno cinque anni... Tutto ciò ha spazzato via dalla discussione nell'opinione pubblica il vetusto confronto tra liberalizzazione e proibizionismo...

Il secondo elemento ha ricadute non indifferenti per noi operatori: ha ancora un senso curare la tossicodipendenza o ha senso curare solo la cosiddetta "doppia diagnosi", cioè le implicazioni psicopatologiche dell'uso? Ciò, a sua volta, condiziona il tipo di trattamento e le sue opzioni: se la terapia è uscita totalmente dallo spettro dicotomico sostituzione farmacologica vs comunità terapeutica, il sistema dei Servizi esistente si rivela ancora rispondente a quello che vediamo e dobbiamo/dovremmo curare? Se l'uso é ampiamente ricreazionale, ma non sempre continuativo nel corso della vita, a cosa servono ancora i Servizi per le Tossicodipendenze usciti dalla Legge

309 esattamente trent'anni fa come noi siano usciti dalla Legge 180 un po' prima ancora? Se gli effetti richiesti alla sostanza sono, sempre più frequentemente, a supporto di una "dimensione" narcisistica e antidepressiva dell'esistenza, a cosa servono mai Servizi che propongono ancora – o sono tarati, perlopiù organizzativamente – sul trattamento dell'eroinopatia e dell'alcoldipendenza? Potremmo dire che, se proprio vogliamo cercare un punto di ancoraggio con la realtà delle cosiddette "nuove" dipendenze o dipendenze "patologiche", lo dobbiamo cercare nella stretta correlazione che queste hanno con il discontrollo degli impulsi... Ciò è ampiamente dimostrato sia dalle ricerche epidemiologiche sull'importanza e sulla diffusione del rapporto violenza (auto/eterodiretta)/impiego di droghe nella società attuale, sia da tutti gli studi neurobiologi e clinici che hanno identificato, in corso d'uso, queste importanti modificazioni a livello della psicopatologia come correlate all'incremento dell'aggressività.

Nella popolazione eminentemente psichiatrica infine, potremmo dire quella di una volta, l'utilizzo di sostanze ha generato ormai una sottopopolazione comorbile – vogliamo ancora chiamarli "doppia diagnosi"... non saprei proprio... – che presenta caratteristiche peculiari in grado di differenziarla dalla popolazione psichiatrica "tradizionale", almeno per come l'abbiamo sempre vista stabilmente negli anni? Dai dati epidemiologici a disposizione si identificano, infatti, sia una sempre più marcata espansione "epidemica" del fenomeno degli esordi psicopatologici correlati all'uso, sia una crescita progressiva di quella che alcuni autori hanno chiamato "terza malattia": una condizione psicopatologica, cioè, che è certo l'espressione di una vulnerabilità biopsicosociale a contatto, più o meno prolungato, con le sostanze ma anche di un effetto patoplastico indipendente delle stesse sulle condizioni psichiatriche maggiormente interessate dalla comorbidità. Una sorta di evoluzione autonoma, diversa dall'atteso e ricca di varianti imprevedibili: l'esempio delle forme virali che generano imprevedibili mutazioni – in tempi di COVID-19 – sembra venire immediatamente alla mente...

LE SOSTANZE OGGI

Questa iniziale storicizzazione del problema sostanze può aprire dunque a riflessioni importanti per noi e per i nostri Servizi: questo sia in relazione ai modelli e ai luoghi della cura dove può essere attuata una qualche forma di terapia *ebm* per la tipologia dei pazienti di cui stiamo parlando (i DSMD in Lombardia e altrove, specularmente, la costellazione del terzo Settore con le comunità terapeutiche in testa o, ancora, carceri e REMS...), sia sulle potenziali implicazioni trattamentali in termini di "coazione alla cura". Parola brutta, parola che agli psichiatri fa ancora paura e alla quale cercherò di dare una migliore definizione in conclusione al mio intervento

Se dunque l'età dei consumatori si è notevolmente abbassata andando ad interessare popolazioni particolarmente esposte ai danni provocati dall'uso di droghe, il primo problema da affrontare è quello dei rapporti tra neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza e psichiatria adulti. Ma queste due discipline, costruite come settori scientifico-disciplinari diversi dalla programmazione universitaria, hanno ancora motivo di esistere separate?

Se quindi il consumo di sostanze è riconosciuto come socialmente accettabile, impatta come "bene di consumo" nella società attuale e quello che rimane è – certo con una provocazione forte – solo la comorbilità, il secondo problema da affrontare non è quello dei rapporti tra Servizi psichiatrici, della neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza e SerT. Ma queste aree della clinica, costruite separatamente come tali dalla programmazione sanitaria, hanno ancora motivo di esistere scisse?

Ancora una volta la storicizzazione di questi temi e dei problemi che ne conseguono ci può essere utile...

L'utilizzo di sostanze come rito collettivo "alternativo" ha generato (o richiesto), negli anni Ottanta, una forma di isolamento sociale che – ricercata per compiere "il viaggio" in solitudine o in gruppo – comportava, perlopiù, situazioni di emarginazione, devianza e, più sinteticamente, di fuga dalle relazioni collettive. Contrariamente,

negli ultimi due decenni, si assiste ad una modificazione profonda di tali pervasive dinamiche sociali: le droghe, che la società oggi sembra in qualche misura pienamente legittimare, sono diventate sostegno costante per chi è alla ricerca di una condivisione ludica che non rompa la realtà e non condizioni la performance narcisistica; ciò che appare costantemente – e si declina come sgravato dal vetusto peso auto-terapeutico della risposta alle difficoltà quotidiane ed alla sofferenza individuale di storica memoria eroinomaica – è l'estrema semplificazione della nozione di uso (Amendt, 2004).

Semplificando ulteriormente e in maniera radicale, si può ricordare come i dati epidemiologici – dell'Osservatorio Europeo di Lisbona (emcdda.europa.eu) e di tante altre fonti internazional (Regier, 1990; Kuhn, 1998; Alexander, 2008) – abbiano ormai da anni evidenziato che almeno il 20% dei cittadini europei ha fatto o farà uso di sostanze almeno una volta nella vita e che – a cascata – il 20% delle persone che hanno fatto uso di sostanze almeno una volta nella vita possono sviluppare, sempre nell'arco della vita, un qualche tipo di disturbo mentale legato all'uso. Questi dati, ormai da tempo stabilizzati, dovrebbero essere considerati allarmanti, tanto più che l'età di utilizzo sta andando ad interessare una fascia d'età (oggi la pre-adolescenza) che vede soggetti esposti inequivocabilmente a danni fisici, psicologici e sociali che possono minare inevitabilmente e per sempre il loro sviluppo psichico.

Per quanto riguarda invece la qualità degli aspetti più squisitamente psicopatologici correlati all'uso di sostanze – e che interessano maggiormente gli operatori del nostro settore – risulta utile citare ancora una volta i tre storici studi americani che, per la prima volta, hanno misurato la diffusione del fenomeno: l'Epidemiological Catchment Area Study (ECA; Regier, 1990), il National Comorbidity Study (NCS; Kessler, 1997) ed il National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Study (NLAES; Grant, 1996). Dal primo è emersa la consapevolezza, mai più contestata, che – nella popolazione generale – la prevalenza ad un anno di qualsiasi disturbo mentale (pari al 22%) ne vede associata un'altra (i disturbi correlati all'uso di sostanze) del 9.5%: di questi soggetti il 3.3% risultava – già negli anni ottanta – avere una doppia diagnosi (Zimberg, 1993). La percentuale degli alcool-dipendenti e dei dipendenti da altre sostanze con comorbilità per disturbo mentale variava a seconda che i soggetti fossero o meno sottoposti a trattamento, con una percentuale considerevolmente maggiore appunto per i soggetti in trattamento: i disturbi più frequentemente legati all'uso di sostanze risultavano essere il disturbo bipolare (60%), la schizofrenia (47%), il DAP (36%), il DOC (33%), i disturbi dell'umore (tranne i bipolari) (32%) e, infine, gli altri disturbi d'ansia (14.7%). Nei soggetti in cui la diagnosi principale era quella di Disturbo della Personalità, il più frequentemente riscontrato era l'Antisociale. Lo studio NCS e lo studio NLAES hanno, in gran parte, confermato i dati descritti nello studio ECA con un 52% dei soggetti consumatori di alcool che avevano una diagnosi di altro disturbo psichico ed il 59% un contemporaneo disturbo correlato all'uso di sostanze. Da queste ricerche emergeva una forte associazione tra disturbi depressivi maggiori e disturbi correlati all'uso di sostanze mettendo anche in evidenza, già in quegli anni, la presenza di un'altrettanto forte associazione diagnostica tra "qualunque" disturbo da uso di sostanze e "qualunque" disturbo mentale con una importante variabilità in rapporto al tipo di sostanza e al tipo di disturbo psichico. La percentuale di pazienti affetta da "doppia diagnosi" all'interno dei servizi psichiatrici era dunque stimata intorno al 20–30% a livello territoriale e al 50% a livello ospedaliero[1]: le categorie più rappresentate erano i pazienti schizofrenici e quelli con disturbi dell'umore, dal cui profilo emergeva una maggiore problematicità legata a scarsa compliance farmacologica, atti di violenza (Cuffel, 1994) e loro recidività nonché, di conseguenza, necessità di ricoveri più lunghi (Haywood, 1995).

In Italia gli studi condotti al riguardo sono molto meno numerosi e, solo negli ultimi trent'anni (Clerici,

1989; Carrà, 2015; Carrà, 2017), si è cercato di delineare un profilo della popolazione con "doppia diagnosi" presente sul territorio nazionale. I risultati dello studio PADDI-DSM e PADDI-CT mostrano, comunque, una forte presenza di soggetti in comorbilità sia all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale, che dei Servizi per le Tossicodipendenze che nelle Comunità Terapeutiche con un'alta percentuale di disturbi di personalità (37%), di psicosi schizofreniche (31%) e di psicosi affettive (19%). Molti sono comunque gli aspetti ancora da indagare per una conoscenza più approfondita della situazione italiana.

Sicuramente, un grande impulso ad una diffusione così massiva e pericolosa di questi disturbi è l'effetto dell'incredibile diversificazione del mercato operata negli ultimi venti anni: è ormai presente, in modo stabile, una gamma così vasta di sostanze e di nuovi principi attivi facilmente disponibili su internet, che la possibilità di scelta per modulare ora il divertimento, ora la ricerca di "sensazioni" nuove, ora il proprio legame con la realtà, risulta alla portata di tutti. Questo aspetto é un ulteriore "punto di rottura" rispetto alla situazione vissuta fino a non molti anni fa. Oggi, infatti, il consumatore vive – neanche troppo consapevolmente – una forte spinta all'auto-responsabilizzazione nella scelta e nell'utilizzo della sostanza, elemento questo reso possibile – ancora più agevolmente – dal bagaglio di informazioni che mass-media e social media mettono a disposizione di tutti. Da quando il primato dell'eroina è stato incrinato e scalzato da cannabis e cocaina, da quando il poli-uso è comparso come fenomeno di massa alimentato dalla facilitazione al reperimento di ogni molecola psicoattiva, sempre più la direzione dell'onda sulla quale si producono e si introducono sul mercato le sostanze può portare, a piacimento, ora all'obiettivo della modulazione dell'umore e delle emozioni, ora allo sviluppo della ricerca di momentanei piaceri per l'evasione di una sera, ora al miglioramento apparente della spinta prestazionale.

Si tratta dunque, in tema di droghe, di un vero cambiamento epocale: lo stigma della tossicodipendenza, il suo habitus sociale deviante o, addirittura, degradato, si riposiziona in una traiettoria che non permette, più di tanto, di mostrarsi deboli, sofferenti, fragili, emarginati ma, piuttosto, necessariamente legati ad una caratterizzazione narcisistica del consumo che, in caso di fallimento, richiede un'assoluta privatizzazione dei problemi.

IL RUOLO DELLE SOSTANZE NEL DISCONTROLLO DEGLI IMPULSI

Questo fallimento, quando si riscontra, si manifesta al meglio delle proprie apparenze in relazione ai risvolti psicopatologici più superficiali ma estremamente diffusi causati dall'utilizzo di droghe, di cui le manifestazioni di impulsività o di violenza non sono altro che la parte superficiale e più manifesta al grande pubblico. In realtà non siamo ancora in grado di dire se quello che vediamo in termini di correlazione tra disturbi ed epifenomeni comportamentali vada valutato a partire dall'una o dall'altra faccia del problema: cioè, semplificatoriamente, di quali siano gli elementi preesistenti e quali successivi all'uso di sostanze.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità sostiene da anni che i disturbi correlati a sostanze debbano, ormai inevitabilmente, essere considerati un disturbo del cervello quanto ogni altro disturbo mentale: quindi, almeno nei Servizi non dovremmo più trovarci, ormai da tempo, ancora a scavalco di una dimensione riduttivamente pseudo-sociologica del tema ma, piuttosto, collocarci all'interno di una dimensione fortemente clinica embricata alla patologia e, tra quelle comunemente diagnosticabili, in particolare alla malattia mentale. Patologie, queste (la "terza malattia" di cui si parlava prima), che però hanno come elemento caratterizzante una forma di "apprendimento abnorme" progressivo che si associa al danno primariamente biologico ma che si disregola, evolutivamente, pesando sulle capacità di controllo del comportamento e che lascia tracce pesantissime e spesso irreversibili nel tempo. Si tratta di passare, certo, attraverso il tradizionale "rinforzo" tossicomanico fino ad arrivare però, nella dimensione attuale del feno-

meno, ad un "rinforzo" ambientale positivo che inverte oggi – solo o prevalentemente – gli aspetti "negativi" di una condizione precedentemente caratterizzata, in modo chiaro e inevitabile, dagli effetti della devianza e dell'emarginazione. La "memoria dell'addiction" (Heyne, 2000), già difficile da spegnere in termini terapeutici, lo è ancora di più se accompagnata – lo ripeto, solo o prevalentemente – da quel rinforzo ambientale "positivo" che testimonia la modificazione profonda avvenuta nella nostra lettura del valore delle sostanze fattasi strada oggi.

Sarà allora solo la sottolineatura dell'effetto collaterale "negativo" del danno biologico da uso, delle implicazioni psicopatologiche indotte nel nostro cervello dall'utilizzo di droghe, dal loro disvelarsi esplicito agli occhi del consumatore a salvarci? Può darsi! Dobbiamo augurarci che dal piacere dopamino-correlato (Volkow, 2001) si debba inevitabilmente arrivare al danno biologico per potersi curare e, nei limiti del possibile, cercare di cambiare? Può darsi!

Ma se la corteccia frontale, area dedicata all'integrazione delle informazioni e alla capacità di decidere, cioè di selezionare e scegliere a partire dal riconoscimento delle conseguenze del nostro comportamento (Bechara, 2001), non è più in grado di identificare il danno biologico e il cambiamento radicale intervenuto nel comportamento, come si può agire in chiave terapeutica, come si può amplificare la percezione del bisogno di cura e, in sequenza, la compliance al trattamento?

Proprio a questo proposito si è evidenziata e amplificata, negli anni, la notevole capacità che hanno le "nuove" sostanze – in particolare quella ad effetto stimolante – di diversificare le risposte del singolo agli effetti della droga e di inficiarne, in termini previsionali, la comprensione della loro evoluzione e dei rischi connessi. Mentre era facile che un tempo il tossicomane – come si diceva nel linguaggio comune degli operatori – accettasse la cura e, in particolare, la comunità terapeutica per consapevolezza di "aver toccato il fondo", oggi i consumatori, anche con danno biologico accertato, spesso non hanno purtroppo la capacità di percepire soluzioni valide al danno accertato, pur a partire da abilità compromesse e, quindi, di prevedere le conseguenze di quello che fanno e di quello che succederà in loro nel tempo. Sapremo ricondizionarli con nuovi farmaci o nuove terapie?

Purtroppo, sempre nella realtà attuale, sembrano ridursi non solo gli accessi ai Servizi dei "nuovi" tossicomani ma anche la percezione del valore dei trattamenti e delle scelte messe a loro disposizione, il tutto conseguentemente ad una evidente riduzione delle capacità di comprensione e di lettura di quanto sta accadendo nelle loro teste... Questa differenziazione tra utilizzatori di sostanze, passati e odierni, è un dato molto interessante della nostra quotidianità di operatori ora dal punto di vista delle possibilità di controllo del danno biologico, del suo epifenomeno impulsività o di tutto quanto osserviamo in seguito all'assunzione di droghe, ora del necessario *insight* sui bisogni di cura, sia in corso di intossicazione che di deprivazione da sostanze.

Guardando al fenomeno dall'angolazione clinica che più ci interessa, tale differenziazione tra le risposte dell'utenza lascia pur sempre aperto uno spiraglio di ottimismo sulle possibilità di intervenire: non ci permette però, ancora, una capacità previsionale sulle possibili risposte del singolo consumatore. Non ci permette, infatti, di avere criteri utili per poter individuare chi vada avviato al trattamento sulla base di un'adesione spontanea all'offerta di cura e di chi debba, inevitabilmente, essere "costretto" alla cura. Si può rilevare al proposito come da tempo – proprio grazie agli studi di carattere epidemiologico – anche il tema della stretta correlazione tra violenza e disturbi mentali abbia effettuato lo stesso percorso (Rice, 1995; Scott, 1998) e veda ancora irrisolta la ricerca di indicatori sufficientemente predittivi.

LUOGHI DI TERAPIA O DI COERCIZIONE E CONTENIMENTO?

La necessità di rispondere all'incremento dei disturbi mentali indotti dall'uso di sostanze e di contenere la diffusione della violenza droga-correlata è oggi un *unmet*

need, un bisogno irrisolto espresso però fortemente dalla nostra società, in primis dal suo elemento fondante – la famiglia – che, nella maggior parte dei casi, è il luogo dove essa si manifesta e viene malamente contenuta. Anche nella scuola, a causa delle manifestazioni di impulsività e di bullismo sempre più diffuse e in genere correlate all'utilizzo di sostanze, la richiesta di un maggior controllo e di una precocità d'intervento in termini di prevenzione all'uso si fa sentire dagli educatori o dovrebbe essere rilanciata a gran voce. La psicopatologia riscontrata nei Servizi segue, inevitabilmente, questi trend generali mostrando nuove forme di disturbo (in particolare i disturbi di personalità) che, in quanto sempre più incentrate sulla mancanza di controllo, generano a loro volta, purtroppo, nuove necessità di contenimento sociale che riverberano inevitabilmente sui Servizi di Salute Mentale.

Le patologie da discontrollo degli impulsi hanno indotto – e inducono sempre di più – preoccupazione sociale a causa delle azioni violente, cioè di forme diversificate di aggressività auto o etero-dirette spesso imprevedibili che sollecitano, ora più che mai, la necessità di cure "in acuto" con trattamenti volti a limitare i danni (Carrà, 2015). Tra questi, i trattamenti che, per semplificare, potremmo chiamare "coercitivi": degenze in reparto psichiatrico (SPDC), ASO e TSO o la necessità di utilizzare, con sempre maggiore frequenza, farmaci o strumenti contenitivi per sedare stati di forte agitazione psicomotoria e rischio di violenza che interessano ampiamente i pazienti che si rivolgono oggi ai Servizi. Questa situazione è facilmente sperimentabile soprattutto da chi (Clerici, 2018) opera in Pronto Soccorso e nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), luoghi che – in ambito medico – accolgono buona parte dei soggetti che fanno uso di droghe. Si è ormai arrivati ad un punto di non ritorno in cui i pazienti con queste caratteristiche (che purtroppo non di rado non si sentono tali) giungono all'osservazione solo – o prevalentemente – nel momento della "vera crisi", quella esplicita nutrita dal discontrollo: Ciò induce ricadute frequenti, non di rado ingravescenti non solo dal punto di vista della possibilità di trovare soluzioni ai problemi osservati ma anche, più in generale, dal punto di vista motivazionale. E per motivazionale ci si può riferire non solo alla motivazione alla cura (per quanto riguarda gli utenti), ma alla motivazione, spesso ampiamente lesa, degli operatori rispetto alla dignità ed alla *mission* del proprio lavoro, elementi entrambi assolutamente indissolubili.

Bisogna sottolineare, in sede di conclusioni, come i consumatori di sostanze di cui abbiamo parlato finiscano per richiedere aiuto perlopiù solo in situazioni di esplicito scompenso, nella maggior parte dei casi molto limitato nel tempo e, quindi, generalmente recuperabile nel giro di poche ore o pochi giorni attraverso l'intervento farmacologico o attraverso una breve ospedalizzazione. Se non esiste o non viene riconosciuta esplicitamente una "doppia diagnosi" – cioè la condizione comorbile grave – al momento della dimissione essi difficilmente rimangono collegati ai Servizi permettendo ai clinici di costruire quella progettazione terapeutica "globale" (*comprehensive*) centrata, come necessario, sulla individuazione della complessità dei loro problemi (*multidisciplinary integrative approach*).

Questo tipo di utenza, però, può venire a contatto, spesso casualmente, anche con due altre istituzioni che svolgono, entrambe, un ruolo di controllo sociale: i SerT e le carceri. Se i SerT, attraverso i trattamenti abitualmente offerti, tendevano a limitare la diffusione della criminalità e gli episodi di violenza (in questa prospettiva, i trattamenti sostitutivi hanno sempre svolto funzioni di contenzione indiretta, prevenendo l'astinenza e la conseguente ricerca di denaro che spingeva l'eroinomane alla ricaduta nel danno sociale della tossicodipendenza), oggi vedono perlopiù disattivato questo obiettivo. Proprio rispetto al poli-uso ed alle "nuove" sostanze tale obiettivo diventa irrilevante e i Servizi per le Tossicodipendenze si trovano ad offrire programmi che, nella stragrande maggioranza dei casi, sono tarati solo sulle popolazioni complianti da loro già conosciute. Non sarà un caso tutto l'interes-

se manifestato, fino alla parziale riconversione, sulle dipendenze comportamentali e sul gioco d'azzardo... Questi Servizi quindi, nei fatti, non sono più in grado di garantire un intervento "globale" e "integrato" ad un nuovo tipo di utenza che afferisce ai più diversi Servizi oggi residualmente esistenti attraverso percorsi tossicomanici differenti e, in buona parte dei casi, scarsamente controllabili dal punto di vista della prevenzione del danno biologico prima che sociale.

Per quanto riguarda invece l'istituzione carceraria (Fazel, 2016), luogo ultimo di contenzione del danno sociale, essa si identifica ormai in una situazione altrettanto insoddisfacente e, per molti operatori psicosociali, ancora inesplorata: il 3.7% della popolazione carceraria maschile ed il 4% di quella femminile è affetta da disturbi psicotici, il 10% degli uomini ed il 12% delle donne presentano diagnosi di disturbo depressivo maggiore, mentre le cifre sono ancora più alte se si prendono in considerazione i disturbi di personalità. Il 47% dei soggetti di sesso maschile presenta un disturbo di personalità antisociale, mentre per le donne si stima una prevalenza intorno al 21%. Nel 25% dei casi viene fatta diagnosi di disturbo borderline di personalità. Ne risulta come – rispetto alla popolazione generale, almeno quella inglese o americana – la popolazione carceraria ha un rischio da due a quattro volte maggiore di presentare una psicosi o un disturbo depressivo maggiore e addirittura dieci volte maggiore per un disturbo di personalità antisociale. Quasi ¾ delle donne con disturbi mentali gravi hanno anche un disturbo da uso di sostanze, il 21.6% utilizzano sia alcool che droghe. Soprattutto i detenuti di sesso femminile con disturbi mentali hanno un rischio da 1.5 a 4.9 maggiore di sviluppare un disturbo da uso di sostanze. A dimostrazione che il carcere non riesce comunque ad essere luogo di cura adeguata per la malattia mentale comorbile possiamo citare la percentuale di suicidi che si registra al suo interno con percentuali dalle nove alle quattordici volte più alte rispetto a quelle della popolazione generale o il fatto che, mediamente, un detenuto con disturbi psichiatrici presenta un periodo di reclusione più lungo rispetto agli altri carcerati e che, una volta lasciato il carcere, ha un rischio più alto di commettere reati simili a quelli per cui è già stato accusato. Tra gli individui che hanno commesso un crimine violento il 26% degli uomini ed il 23% delle donne all'uscita dal carcere avranno comportamenti recidivanti.

I fenomeni descritti hanno sempre più, come conseguenza, il rischio di "rimbalzo" – per questa utenza – dai Servizi psichiatrici, ai Servizi per le Tossicodipendenze alle strutture carcerarie e ora alle REMS, andando a creare un circolo vizioso da cui risulta veramente difficile uscire.

CONCLUSIONI

Caro Mario, alcuni dei miei spunti vanno verso una conclusione molto precisa. Fusione e rimodulazione dei Servizi prescindendo dalle "barriere" culturali ed organizzative... Nuovi obiettivi clinici ed incentivazione di programmi alternativi per trasformare i nostri Dipartimenti e rispondere a nuovi bisogni od all'incremento di sottopopolazioni diagnostiche per troppo tempo trascurate... Innovazione nella formazione degli operatori – a tutti i livelli dei "percorsi" didattici e delle figure professionali – nonché immissione di giovani più permeabili e più flessibili nella risposta alla nuova *vision* e *mission* dei Servizi... Antagonizzazione delle resistenze conservatrici di una generazione che ha fatto della de-istituzionalizzazione ilproprio cavallo di battaglia ma non sembra più pronta a darsi nuovi obiettivi a partire dai mutevoli cambiamenti quotidiani... Implementazione dell'impiego di strumenti diagnostici e terapeutico-riabilitativi in grado di favorire il raggiungimento di questi nuovi obiettivi...

Tra questi dovrà essere affrontato e, possibilmente, risolto, il problema della "coercizione alla cura": tema crudo, tabù intoccabile dei nostri Servizi, ma neces-

sariamente legato a tutto quanto discusso finora. Se la coercizione alla cura – nelle sue più diverse e innovative opzioni – non è più figlia del manicomio forse può essere di aiuto alla società nelle sue ambivalenti ed ondivaghe richieste di controllo ma, soprattutto per noi, giovare alla ricostruzione di un'identità professionale così piagata oggi dalle responsabilità medico-legali e da una medicina difensiva dalla quale sembra difficile, in prospettiva, uscire integri.

Afferenza dell'autore:

Professore Ordinario di Psichiatria, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano – Bicocca

Presidente Società Italiana di Psichiatria delle Dipendenze (Sip. Dip), sezione Speciale della Società Italiana di Psichiatria (SIP)

Presidente Eletto Società Lombarda di Psichiatria (SIP-Lo)

Corrispondenza a:

mail massimo.clerici@unimib.it

Bibliografia

1. Amendt G., *No drugs, no future. Le droghe nell'età dell'ansia sociale*, Milano, Feltrinelli, 2004
2. www.emcdda.europa.eu , 2020
3. Regier DA, et al., *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study*. J Med Assoc, 1990, 264:2511-2518.
4. Kuhn C., Swartzwelder S., Wilson W., *Buzzed. The straight facts about the most used and abused drugs from alcohol to ecstasy*. NY, Norton, 1998
5. Alexander B.K., *The globalization of addiction. A study in poverty of the Spirit*. Oxford, Oxford University Press, 2008
6. Kessler R.C., et al., *Lifetime co-occurence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity (NC) Survey*. Arch Gen Psychiatry, 1997, 54:313-321.
7. Grant F.B., *Prevalence and correlates of drug use and DSM-IV drug dependence in the United States: results of the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic (NLAE) Survey*. J Subst Abuse, 1996, 8:195-210
8. Zimberg S., *Introduction and general concepts of dual diagnosis*. In Plenum Publishing Corporation: Dual Diagnosis: Evaluation, Treatment, Training and Program Development, New York, Plenum/Medical/Book Company, 1993, pp 3-21.
9. Cuffel B.J., et al., *A longitudinal study of substance use and community violence in schizophrenia*. Hosp Comm Psychiatry, 1994, 44:247-251.
10. Haywood T.W., et al., *Predicting the 'revolving door' phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders*. Am J Psychiatry, 1995, 52:856-861.
11. Clerici M., Carta I., Cazzullo C.L., *Substance abuse and psychopathology. A diagnostic screening of Italian narcotic addicts*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 1989, 24:219-226
12. Carrà G., et al., *Correlates of dependence and treatment for substance use among people with comorbid severe mental and substance use disorders: Findings from the "psychiatric and Addictive Dual Disorder in Italy (PADDI)" Study*. Compr Psychiatry, 2015, 58:152-159
13. Carrà G, et al., *Area-level deprivation and adverse consequences in eople with Substance Use Disorders. Findings from the Psychiatric and Addictive Dual Disorder in Italy (PADDI) Study*. Subst Use & Misuse, 2017, 52: 451-458
14. Heyne A., et al., *Persisting consequences of drug intake: towards a memory of addiction*. J Neural Trasm, 2000, 107(6):613-638
15. Volkow N.D., et al., *Low level of brain dopamine D2 receptors in methamphetamine abusers: association with metabolism in the orbitofrontal cortex*. Am J Psychiatry, 2001, 158(12):2015-2021
16. Bechara A., Dolan S., Denburg N., Hindes A., Anderson S.W., Nathan P.E., *Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers*. Neuropsychology, 2001, 39(4):376-389
17. Rice M.E., Harris T., *Psychopathy, schizophrenia, alcohol abuse and violent recidivism*. Int J Law Psychiatry, 1995, 18:333-342
18. Scott H., Johnson S., Menezes P. et al., *Substance misuse and risk of aggression and offending among the severely mentally ill*. Br J Psychiatry, 1998, 172:345-350
19. Carrà G., et al., *Comorbid addiction and major mental illness in Europe: a narrative review*. Subst Abuse, 2015, 36:75-81
20. Clerici M., et al., *Patterns of management of patients with dual disorder (psychosis) in Italy: a survey of psychiatrists and other physicians focusing on clinical practice*. Front Psychiatry, 2018, 9: 575-86
21. Fazel S., et al., *Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions*. Lancet Psychiatry, 2016, 3:871-881

Interventi psichiatrici di consulenza e collegamento nei reparti COVID-19

L'esperienza lariana

*Alberto Alamia *, Ilaria 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).

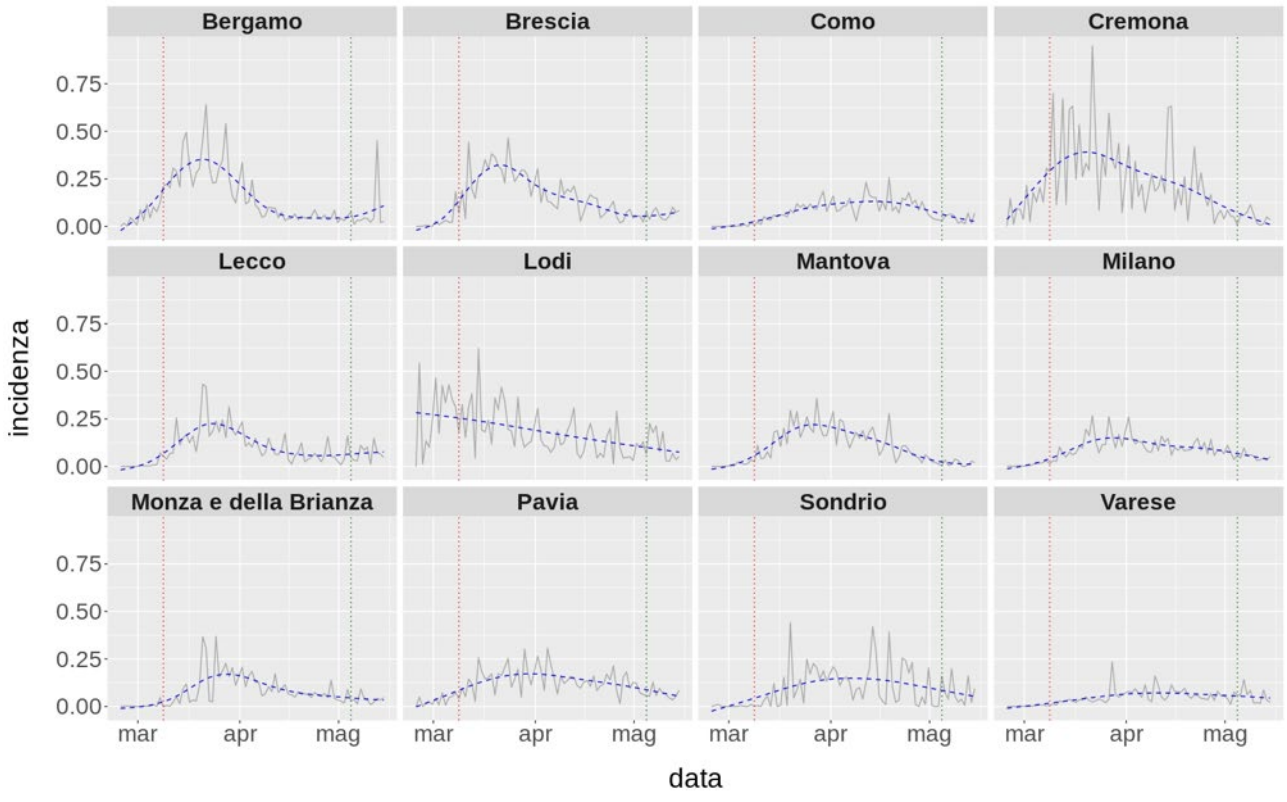
L'area lodigiana del primo focolaio è stata subito resa "zona rossa" e isolata dal resto della Lombardia. Questo non ha tuttavia evitato una diffusione esponenziale della malattia che solo oggi, dopo mesi di misure restrittive e precauzioni di ogni genere, accenna a ridursi. A livello nazionale, dall'inizio 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 (Fagiuoli 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 area 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 garantisse 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:

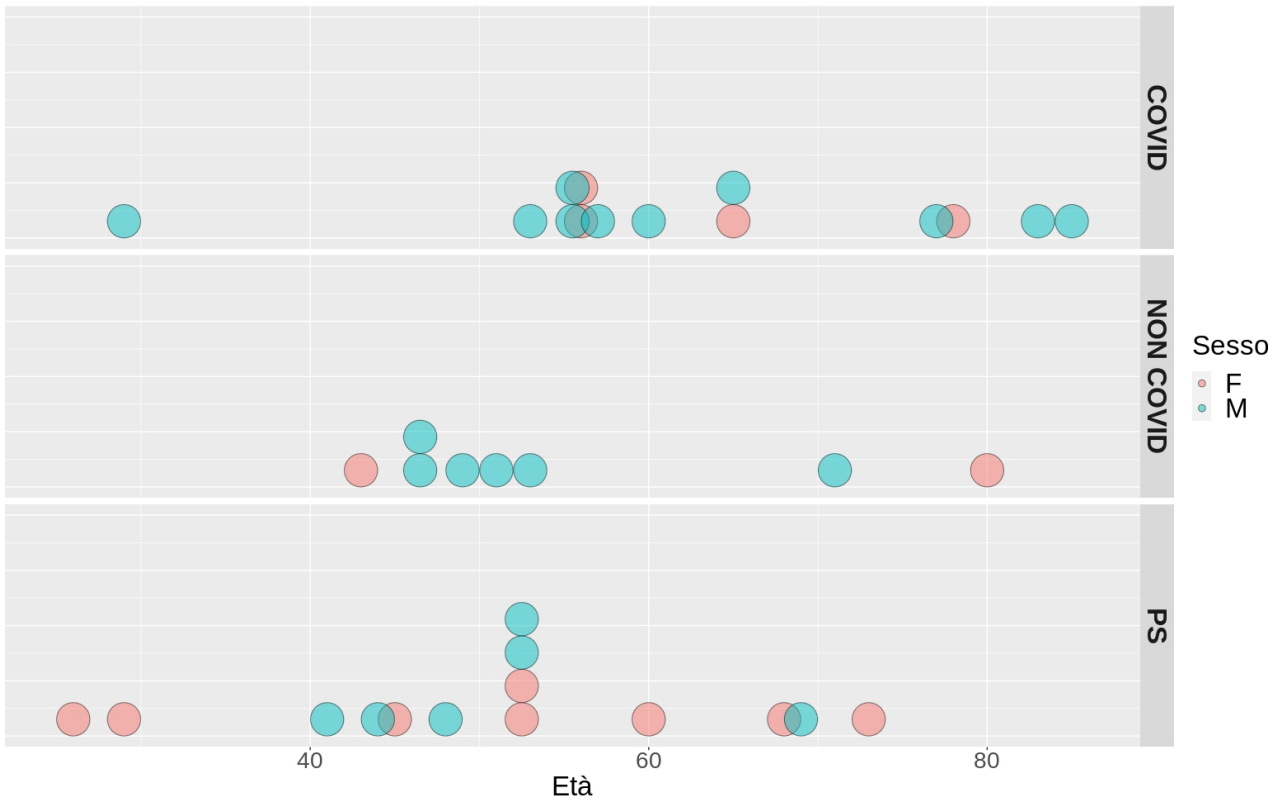
- nel caso di paziente COVID negativo, inizialmente si prevede, se possibile e appropriato, una condivisione telefonica di eventuali indicazioni terapeutiche a partire dalla presentazione clinica (es. per la sedazione e/o tranquillizzazione o per la comparsa di sintomi psicotici),
- in caso di inefficacia 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 clorochina/idrossiclorochina, 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., Perlini S., et al. *Changing emergency department and hospital organization in response to a changing epidemic*. Emerg Care J 2020,16:8969.
7. Fagiuoli 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:m1515. doi: 10.1136/bmj.m1515.
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.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.

Studio quali-quantitativo di follow up sul passaggio e la continuità delle cure dalla NPIA alla psichiatria adulti nei giovani in età di transizione

*Silvia Carnevali *, Rossella Meiattini °, Carmela Montrasio °#, Federico Durbano §*

ABSTRACT

Introduzione. Nel panorama dell'Intervento Precoce in Salute Mentale, molte energie sono rivolte nel promuovere la continuità delle cure ai giovani nel passaggio dal Servizio minori alla Psichiatria Adulti, per evitare i drop out e contrastare l'interruzione terapeutica, con creazione in molti casi di nuovi Servizi dedicati, nonché studi a livello europeo sull'efficacia delle transizioni.

Obiettivi. La presente ricerca nasce nel contesto dell'équipe integrata tra i Servizi dedicati ai giovani del DSMD dell'ASST Melegnano e Martesana, con lo scopo di verificare l'efficacia delle modalità operative in atto nel Dipartimento, per garantire la continuità delle cure ai giovani in età di passaggio da NPIA al CPS.

Metodologia. È stato compiuto uno studio di follow up sui dati raccolti in 4 anni, dal 2016 al 2019, sugli utenti in carico alla UONPIA, che necessitavano di proseguire il percorso di cura nel Servizio Adulti, per valutare quanti avessero effettuato il passaggio con successo, quanti rimanessero ancora in carico a distanza di tempo, quali fossero i quadri diagnostici prevalenti e le loro evoluzioni nel tempo. Il campione è composto da 93 utenti, di età compresa tra i 16 e i 19 anni, in carico all'équipe multidisciplinare integrata e afferenti ai Servizi di NPIA, Psichiatria, Dipendenze e Consultorio Adolescenti.

Risultati e conclusioni. La maggioranza dei casi (54,8%) gestiti dall'équipe multidisciplinare integrata sui giovani necessitavano di proseguire il loro percorso terapeutico presso il Servizio per Adulti. I risultati evidenziano l'importanza dell'esistenza di un'équipe dedicata al processo della transizione poiché ne indicano un successo nell'86% dei casi rilevati come bisognosi di prosecuzione terapeutica e di questi l'88,6% risultavano ancora in carico ad un anno dal passaggio. La categoria diagnostica formulata in NPIA più rappresentata al passaggio è risultata quella dei disturbi nevrotici (F. 4= 27,3%), seguita da disturbi di personalità (18,2%) e disturbi affettivi (11,4%). L'analisi delle diagnosi permette di evidenziare l'importanza di un approccio transdiagnostico all'Intervento Precoce e alla continuità delle cure, in quanto molti altri quadri psicopatologici oltre all'esordio di psicosi, hanno mostrato bisogni terapeutici a medio-lungo termine e quindi la necessità di prosecuzione della presa in carico terapeutica presso CPS oltre il percorso NPIA.

INTRODUZIONE

La letteratura degli ultimi anni, in tema di Prevenzione e Intervento Precoce in Salute Mentale, si sta ampiamente occupando del tema della continuità delle cure dai giovani al compimento della maggiore età (Nguyen et al., 2017). Come noto, la maggior parte dei disturbi mentali insorge tra i 15 e i 24 anni (De Girolamo et al., 2018; Kessler et al., 2005), fascia di età in cui in molti casi, nel processo terapeutico, si crea una cesura tra i Servizi, che hanno come spartiacque il 18° anno di età, e che dalla letteratura internazionale viene definito "*transition gap*" (Hendrickx et al., 2020; Singh e Tuomainen, 2015; Singh et al., 2005). I giovani con condizioni psicopatologiche a medio-lungo termine si trovano pertanto confrontati con due passaggi critici e sconvolgenti contemporanei e paralleli: la transizione nei Servizi di cura, dalla UONPIA alla Psichiatria, e la transizione evolutiva, dall'età infantile/adolescenziale all'età adulta (Broad et al., 2017).

A livello europeo, un recente studio ha cercato di valutare su larga scala il successo dei processi di transizione in 8 Paesi (Signorini G. et al., 2018). Attualmente, anche nel panorama italiano, stiamo iniziando ad assistere alla progettazione e in alcuni casi alla creazione di appositi

Servizi dedicati (esempi ne sono il Servizio 0-25 della AUSL di Piacenza o il Centro Giovani "Ponti" dell'ASST Santi Paolo e Carlo – cfr. Biffi G. et al., 2019), che superino tale limite anagrafico, dedicando l'offerta di cura trasversalmente alla fascia infantile/adolescenziale e giovane adulta. Tuttavia, nella maggioranza dei Servizi la strutturazione attuale prevede ancora un passaggio di competenze legato al limite dell'età anagrafica e proprio in ragione di questo è fondamentale dedicare cura specifica al traghettamento degli utenti tra Servizi di competenza e operatori, per promuovere la continuità delle cure, evitare i drop out e contrastare l'interruzione terapeutica (Broad et al., 2017). In tale ottica e a questo scopo sono sorte negli ultimi anni, nel contesto di diverse ASST, le cosiddette "équipes di transizione", ovvero gruppi multidisciplinari e multiprofessionali integrati tra i diversi Servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze, dedicati alla fascia di età giovanile, le cui caratteristiche condividono alcuni elementi di fondo strategici alla corretta gestione delle fasi di transizione (Cleverley et al., 2020).

Obiettivi

All'interno di tale panorama, il presente studio si è posto primariamente l'obiettivo di valutare l'efficacia delle modalità operative messe in atto da un'équipe multidisciplinare integrata di un Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, dedicata alla fascia di età 15 – 24 anni, nel promuovere la continuità delle cure e nel valutare il successo e l'efficacia delle transizioni (cfr. Bonati M., 2020). Si è voluto pertanto quantificare i passaggi avvenuti con successo, verificare la continuità delle prese in carico a distanza di tempo dal passaggio, al fine di validare le strategie di transizione efficaci, viceversa modificare e migliorare le criticità emerse. Infine, si è cercato di fare uno screening sulla prevalenza delle diagnosi registrate tra i casi al passaggio, per valutare quali fossero più rappresentate tra quelle con bisogni di cura a medio-lungo termine, quali quelle prevalenti già in età NPIA e la stabilità dei quadri diagnostici nel tempo, in termini di concordanza o viceversa di trasformazione, tra la diagnosi posta in NPIA e quella formulata dopo il passaggio al CPS.

METODOLOGIA

Contesto e modalità operative

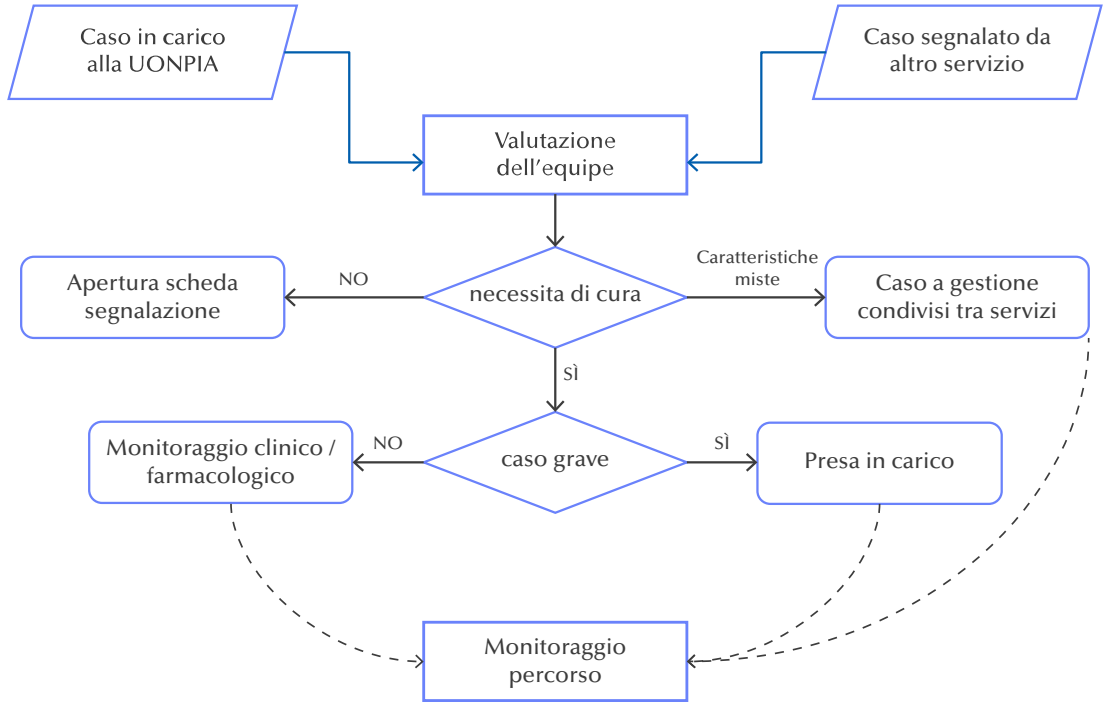
Il contesto della ricerca è quello dell'équipe multidisciplinare integrata del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze dell'ASST Melegnano e Martesana (nello specifico area Nord del territorio), formalmente nata nel 2016, e nella sua forma attuale costituita da operatori (medici neuropsichiatri infantili e psichiatri, psicologi, educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica, infermieri e assistenti sociali) che afferiscono ai Servizi di UONPIA, Psichiatria, Dipendenze e Consultorio Adolescenti (*Tabella 1*).

Gli operatori di tale équipe lavorano trasversalmente sulla fascia 15-24 anni, per la gestione dei casi condivisi,

Tabella 1 – composizione del gruppo di lavoro (membri fissi)

	UONPIA	CPS	SerT / NOA	Consultorio
Psichiatra / neuropsichiatra	1	2	1 medico	
Psicologo	1		1	2
Assistente Sociale	1		1	1
Educatore / TeRP	1	2	1	1
Infermiere		1		
Psicologo di raccordo	1			

Figura 1 – Flusso di attività del gruppo multidisciplinare per la transizione



in passaggio da un Servizio all'altro per bisogni di cura specifici multiprofessionali, o perchè proprio in età di transizione dalla minore alla maggiore età (cfr. Malla et al., 2016).

Tale équipe, costituitasi formalmente come gruppo di lavoro, negli anni ha sviluppato e strutturato una metodologia che differenzia i percorsi di cura in base alle esigenze cliniche degli utenti, in parallelo con i percorsi di cura previsti dal Piano Regionale Salute Mentale (Magnani et al., 2013) (*Figura 1*).

Il **percorso** proposto dal gruppo di lavoro è finalizzato a definire differenti modalità di passaggio/segnalazione dei casi:

- **Assunzione in cura**: caratterizzato da monitoraggio clinico e/o farmacologico. Riguarda soggetti che necessitano di un trattamento specialistico, in genere consistente nel monitoraggio farmacologico e clinico, assimilabile all'assunzione in cura così come viene definita dal Piano Regionale Salute Mentale.
- **Progetto Terapeutico Individuale**: caratterizzato dalla presa in carico terapeutica. Riguarda soggetti che necessitano di un programma d'intervento multiprofessionale, complessivo e integrato, che comporti, secondo il Piano Regionale Salute Mentale, la presa in carico e la formulazione di Piano di Trattamento Individuale.
- **Informativa/Segnalazione nominativo**: riguarda soggetti seguiti dalla UONPIA per cui non è necessario un passaggio in cura diretto e immediato, ma solo uno scambio di informazioni tra i servizi, in modo tale che la UOP sia già in possesso dei dati sufficienti per impostare il programma nel caso il paziente si rivolga al servizio in futuro.

Le **modalità operative** prevedono una periodica discussione dei casi in équipe per la formulazione degli invii: nello specifico, rispetto ai giovani prossimi al compimento del 18° anno, gli invianti della UONPIA individuano al compimento del 17° anno di età, i casi da discutere. In tale sede viene definita la finalità dell'invio, se si tratti quindi di una sola segnalazione, di un'assunzione in cura o di una effettiva presa in carico.

Per i pazienti per i quali si ravvisa la necessità di una sola segnalazione, il passaggio delle informazioni si posticipa al compimento della maggiore età; viceversa nei casi di assunzione in cura o presa in carico, si concorda fin da subito una fase di lavoro congiunto. In tale fase si definisce anche la priorità della presa in carico (psichiatria adulti o dipendenze) per la definizione del case manager.

A seconda del percorso di cura si attuano diverse procedure operative: nel caso di una sola segnalazione, il caso viene unicamente discusso affinché sia già noto, qualora si presentassero necessità future e viene designato un medico referente a cui il paziente possa eventualmente fare riferimento. Nel caso di un'assunzione in cura, si definisce nella sede dell'équipe integrata, un referente medico CPS e/o SerT, cui inviare il paziente. Nel caso di una presa in carico, il medico NPI e il medico CPS e/o SerT definito in sede di équipe congiunta concordano un passaggio di consegne, ed una fase più o meno prolungata di lavoro congiunto che coinvolge il paziente, i due referenti medici ed altre figure professionali (psicologo, educatore/TeRP, infermiere, assistente sociale). In questo caso risulta cruciale la presenza di operatori a Progetto dedicati che lavorano trasversalmente sulla fascia di età 15-24, garantendo una continuità di cure che faciliti il traghettamento da un Servizio all'altro (Cleverley et al., 2020). Nel caso di comorbilità con uso di sostanze o comportamenti di addiction, si stabiliscono le modalità di lavoro congiunto con i Servizi delle Dipendenze, sia che il paziente sia in fase di passaggio tra UONPIA e UOP, sia che sia in carico ad uno dei due Servizi.

Analogamente, qualora un paziente dei Servizi Dipendenze necessiti anche di valutazione/presa in carico psichiatrica, viene segnalato in tale sede. Inoltre, per ottimizzare le risorse disponibili e rendere più appropriati gli invii e i percorsi di cura, il gruppo di lavoro descritto si interfaccia anche con il Consultorio Adolescenti, che, pur al di fuori del DSMD, completa l'offerta terapeutica dedicata alla fascia giovanile.

Campione analizzato

L'indagine è stata svolta attraverso uno studio retrospettivo di esito, analizzando i dati raccolti nel corso di 4 anni, dal 2016 al 2019, sui casi segnalati, seguiti, condivisi e passati tra i Servizi, in carico all'équipe sopra descritta.

Il campione analizzato consiste di 93 soggetti, giovani (*tabella 2*):

- di età compresa tra i 16 e i 19 anni
- di sesso equamente distribuito (46 maschi, pari al 49,5%; 47 femmine, pari al 50,5%).

Tabella 2 – numerosità del campione per anno di ingresso

Anno	N soggetti	%
2016	24	25,8%
2017	13	14%
2018	23	24,7%
2019	33	55,5%
Tot.	93	100%

ANALISI DEI DATI E RISULTATI

Nella *tabella 3* sono sintetizzati i dati complessivi relativi al servizio inviante dei soggetti analizzati. La grande maggioranza (78,5%), coerentemente con il progetto, proviene dai servizi della UONPIA e a seguire dal Consultorio adolescenti (14%).

Tabella 3 – distribuzione del campione rispetto al servizio inviante

Servizio inviante	N Soggetti	%
UONPIA	73	78,5%
Consultorio Adolescenti	13	14%
Pronto Soccorso	2	2,2%
Dipendenze	4	4,3%
CPS	1	1,1%
Tot.	93	100%

Nella *tabella 4* sono sintetizzati di dati di esito rispetto al servizio di invio dopo la valutazione del gruppo di lavoro. Più della metà dei casi (54.8%) sono stati affidati al CPS al compimento della maggiore età, e quasi un quarto (23,7%) sono stati segnalati al CPS. Il dato anche in questo caso è coerente all'obiettivo del gruppo di lavoro.

Tabella 4 – percorso successivo alla valutazione del gruppo di lavoro

Tipo di invio	N Soggetti	%
Passaggio al CPS	51	54,8%
Segnalazione al CPS	22	23,7%
Invio alla NPIA	6	6,5%
Invio al Consultorio Ado	6	6,5%
Invio alle Dipendenze	2	2,5%
Caso già condiviso tra i Servizi	6	6,5%
Tot.	93	100%

L'analisi dei dati si è poi quindi concentrata sul sotto-campione dei soggetti che sono stati affidati al CPS (N= 51, 54,8% in Tab. 4), per i quali l'équipe ha ritenuto necessario un passaggio al CPS per un percorso di presa in carico. Si è infatti voluto valutare il grado di successo delle transizioni da un servizio per l'età infantile ad un servizio per l'età adulta.

Nella *tabella 5* sono sintetizzati i diversi esiti del passaggio da servizi per giovani ai CPS a seguito dell'invio concordato dal gruppo di lavoro.

Tabella 5 – esiti dei passaggi da servizi per adolescenti ad CPS

Follow up del passaggio sui casi totali inviati al CPS dai diversi Servizi	N Soggetti	%
Passaggio avvenuto	41	80,4%
Passaggio NON avvenuto	8	15,7%
Passato ma ad altra UOP	1	2%
Trasferito all'estero	1	2%
Tot.	51	100%

Si evidenzia come nella grande maggioranza dei casi, l'80,4%, il passaggio di competenze dal Servizio minori inviante alla Psichiatria adulti sia avvenuto con successo. Se poi consideriamo anche i soggetti presi in carico da altre UOP (per motivi di residenza) tale percentuale sale all'82,4%.

Dei passaggi avvenuti con successo, si è poi voluto verificare se la presa in carico perdurasse a distanza di un anno, e i dati sono riassunti nella *Tabella 6*. (in questo caso i dati sono relativi ai tre anni e tre mesi in cui possibile verificare il follow up ad un anno di distanza, ovvero 2016, 2017, 2018 e primo trimestre 2019), per un totale di 35 soggetti valutabili secondo tale criterio.

Tabella 6 – tasso di permanenza nel percorso di cura indicato, ad un anno di follow up

Follow up ad un anno sui casi passati	N Soggetti	%
Permane nel percorso	31	88,6%
Drop out	4	11,4%
Tot.	35	100%

Da ultimo, si è voluto analizzare la distribuzione dei quadri diagnostici relativi ai casi totali discussi dall'équipe integrata, quelli relativi ai casi passati al CPS formulati all'invio dalla UONPIA e le diagnosi formulate sugli stessi casi passati, dopo la presa in carico presso il CPS. In *tabella 7* nelle diverse colonne sono indicate le diverse distribuzioni diagnostiche in base ai diversi livelli di valutazione.

I dati relativi alle diagnosi mostrano:

– rispetto a tutte le segnalazioni della UONPIA dei soggetti vicini alla maggiore età, un'ampia diversificazione dello spettro diagnostico e una prevalenza tra

Tabella 7 – distribuzione delle diagnosi (ICD-10) nei diversi livelli di valutazione

Diagnosi ICD-10	Casi discussi		Casi passati al CPS		Casi rimasti in carico al CPS	
	N	%	N	%	N	%
F0 Dist psichici di nat. organica	2	2,7	2	4,9		
F1 Disturbi correlati uso sostanze	3	4,1	3	7,3	2	6,1
F2 Dist psicotici	4	5,4	3	7,3	2	6,1
F3 Dist affettivi	8	10,8	5	12,2	3	9,1
F4 Dist nevrotici	20	27	11	26,8	4	12,1
F5 Dist funz fisiologiche – fattori somatici	1	1,4				
F6 Dist di personalità	11	14,9	8	19,5	14	42,4
F7 Ritardo mentale	3	4,1	1	2,4	3	9,1
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	10	13,5	4	9,8	5	15,2
F9 Dist con esordio infanzia-adolescenza	12	16,2	4	9,8		
Tot	74		41		33	

tutti dei disturbi nevrotici;
- rispetto ai casi segnalati dalla UONPIA come meritevoli di passaggio per assunzione in cura o presa in carico al CPS, altrettanto ampio spettro di distribuzione diagnostica, una percentuale simile per ciò che riguarda disturbi nevrotici e affettivi, e una crescita percentuale dei disturbi di personalità;
- rispetto alle diagnosi formulate in CPS a passaggio avvenuto, una coerenza coi quadri diagnostici formulati presso la UONPIA, con la scomparsa, in linea con il quadro evolutivo, dei disturbi con esordio in infanzia-adolescenza, in relazione di una crescita ancor più significativa in termini percentuali, dei disturbi di personalità.

Alla luce delle risultanze dell'analisi della letteratura relativamente alle criticità delle transizioni tra servizi (cfr. Islam et al., 2016), sono stati valutati i tassi di drop out in relazione ai quadri diagnostici; il drop out è stato formalizzato come insuccesso nel passaggio o, a passaggio avvenuto, interruzione successiva del percorso di cura in CPS.

Rispetto ai passaggi *non* avvenuti (*Tabella 5*, 8 soggetti, ovvero il 15,7% del campione iniziale) si evidenziano i seguenti quadri diagnostici:
- 1 disturbo di personalità,
- 2 sindromi nevrotiche,
- 1 disturbo affettivo,
- 1 disturbo da uso di sostanze,
- 1 disturbo della condotta,
- 1 disturbo con esordio in infanzia
- 1 caso di importante compromissione funzionale globale, giunto da poco all'attenzione del Servizio, ma che è esitato in un drop out nel passaggio, ancor prima di porre una effettiva diagnosi, al di là della gravità del decadimento funzionale e del ritiro.

Rispetto ai casi che ad un anno di follow up dal passaggio sono esitati successivamente in interruzione del percorso di presa in carico del CPS (*Tabella 6*, 4 soggetti, ovvero il 11,4% del campione iniziale), le diagnosi, come

formulate successivamente alla presa in carico nei CPS si distribuiscono tra:

- 1 disturbo di personalità,
- 1 disturbo da uso di sostanze,
- 1 disturbo antisociale di personalità in comorbidità con uso di sostanze
- 1 sindrome nevrotica.

Tali diagnosi coincidono con quelle di invio dalla UONPIA.

CONCLUSIONI

I nostri risultati mostrano come una quota rilevante dei casi (54,8%) gestiti dall'équipe multidisciplinare integrata sui giovani necessitassero di proseguire il loro percorso terapeutico presso il Servizio per Adulti, in accordo ai dati di letteratura (Malla et al., 2016; Copeland et al., 2015).

Rispetto ai profili diagnostici, la categoria diagnostica formulata in NPIA più rappresentata al passaggio è risultata quella dei disturbi nevrotici (27,3%), seguita dai disturbi di personalità (18,2%) e dai disturbi affettivi (11,4%). Scarsamente rappresentati sono i quadri psicotici, il dato deve essere interpretato sia alla luce di una epidemiologia che vede le psicosi esordire con quadri meno chiari che nel passato (ad esempio per il concomitante uso di sostanze) sia alla luce del fatto che i quadri di franco scompenso trovano una risposta immediata nel ricovero ospedaliero e quindi non transitano nella casistica affrontata dal gruppo di lavoro. Altrettanto poco rappresentati sono i quadri correlati all'uso di sostanze, nonostante la loro diffusione, ma anche in questo caso probabilmente i soggetti sia sono intercettati precocemente da altre agenzie con sportelli dedicati (i SerT del territorio hanno infatti progetti specifici per gli adolescenti) sia non problematizzano la loro condizione e quindi sfuggono all'osservazione della UONPIA.

L'analisi delle diagnosi permette inoltre di evidenziare l'importanza di un approccio transdiagnostico all'Intervento Precoce e alla continuità delle cure (De Girolamo et al., 2018), in quanto diversi altri quadri psicopatologici oltre all'esordio di psicosi, hanno mostrato bisogni terapeutici a medio-lungo termine e quindi la necessità di prosecuzione della presa in carico terapeutica presso CPS oltre il percorso NPIA.

I dati presentati sottolineano quindi l'importanza dell'esistenza di un'équipe specifica e con una metodologia formalizzata dedicata al processo della transizione poiché il successo del percorso di transizione si è avuto nel 86% dei casi per cui è stata valutata la necessità di una transizione e, soprattutto, perché di questi l'88,6% risultava ancora in carico ad un anno dal passaggio di servizio. Il dato è coerente con altri studi che sottolineano il rischio del drop out (Islam et al., 2016; Singh et al., 2016). L'équipe dedicata si è quindi dimostrata efficace nel garantire il passaggio dei casi tra i Servizi evitando pericolose fratture nel percorso terapeutico, come sottolineano esperienze consolidate in altri Paesi (Broad et al., 2017), che evidenziano come una equipe flessibile e orientata alla facilitazione del passaggio da un servizio ad un altro utilizzando una metodologia il più possibile schematizzata e condivisa dai diversi servizi sia molto più efficace che un invio non preparato, soprattutto in una popolazione sensibile e fragile come quella adolescenziale e giovanile. Nello specifico il nostro modello di lavoro prende in considerazione alcuni degli elementi considerati essenziali al buon funzionamento di un servizio di transizione, in particolare una politica di transizione che dettagli i passaggi e i livelli di cura, che preveda un monitoraggio ed un follow up dei percorsi, che prepari gli utenti al passaggio valutandone anche le competenze specifiche individuali e programmando con i diversi servizi un percorso individualizzato di passaggio (Cleverley et al., 2020). Le modalità operative hanno infatti consentito di definire efficaci percorsi di cura specifici rispetto ai bisogni dell'utenza in età di transizione, così come suggerito da esperienze internazionali (Tuomainen et al., 2018; Singh et al., 2016; McNamara et al., 2014).

Afferenza degli autori

** Psicologia, Psicoterapeuta, Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Melegnano e della Martesana*

° Neuropsichiatra Infantile, Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Melegnano e della Martesana

 # Responsabile Struttura Semplice Dipartimentale Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza, Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Melegnano e della Martesana

§ Psichiatra, Direttore Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Melegnano e della Martesana

Corrispondenza a:

mail: federico.durbano@asst-melegnano-martesana.it

Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, Direzione, c/o PreSST Gorgonzola, via Bellini 1, 20064 Gorgonzola (MI)

BIBLIOGRAFIA

1. Biffi G., Parabiaghi A., Rigliano P., *Un Posto per i Giovani, Il progetto del Centro Giovani "Ponti" dell'ASST Santi Paolo e Carlo*. Psichiatria oggi, Anno XXXII, N°1, gennaio-giugno 2019.
2. Bonati M., *Transitioning youth to adult age also through health services*. Epidemiology and Psychiatric Sciences. 2020; 29, e88:1–2. https://doi.org/10.1017/ S2045796019000842
3. Broad K.L., Sandhu V.K., Sunderji N., Charach A,. *Youth experiences of transition from child mental health services to adult mental health services: a qualitative thematic synthesis*. BMC Psychiatry. 2017;17(1):380. DOI:10.1186/s12888-017-1538-1
4. Cleverley K., Rowland E., Bennett K., Jeffs L., Gore D., *Identifying core components and indicators of successful transitions from child to adult mental health services: a scoping review*. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2020; 29(2):107-121. DOI: 10.1007/s00787-018-1213-1
5. Copeland W.E., Wolke D., Shanahan L., Costelo E.J., *Adult Funtional Outcome of Common Childhood Psychiatric Problems: A Prospective, Longitudinal Study*. Jama Psychiatry. 2015; 72(9): 892–899.
6. De Girolamo G., McGorry P.D., Sartorius N., *Age of onset of Mental Disorders: Etiopathogenetic and Treatment Implications*. Springer, 2018.
7. Hendrickx G., De Roeck V., Maras A., Dieleman G., Gerritsen S., et al. *on behalf of MILESTONE consortium, Challenges during the transition from child and adolescent mental health services to adult mental health services*. BJPsych Bulletin. 2020; DOI:10.1192/bjb.2019.85
8. Islam Z., Ford T., Kramer T., Paul M., Parsons H., Harley K., Weaver T., McLaren S., Singh S.P., *Mind how you cross the gap! Outcomes for young people who failed to make the transition from child to adult services: the TRACK Study*. BJPsych Bull. 2016; 40(3): 142–148.
9. Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R., Merikangas K.R., Walters E.E., *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication*. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62:593–602
10. Magnani P.A., Pezzani G., Percudani M.m *I percorsi clinici e le loro modalità attuative nella pratica. Il lavoro territoriale oggi tra organizzazione e cura*. In: Percudani M., Cerati G., Petrovich L., Vita A. (a cura di). La psichiatria di comunità in Lombardia. Il Piano Regionale per la Salute Mentale lombardo e le sue linee di attuazione (2004–2012). McGraw-Hill Education, Milano, 2013, cap. 3:43-65
11. Malla A., Iyer S., McGorry P., Cannon M., Coughlan H., Singh S., Jones P., Joober R., *From early intervention in psychosis to youth mental health reform: a review of the evolution and transformation of mental health services for young people*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2016; 51(3): 319–326.
12. McNamara N., McNicholas F., Ford T., Paul M., Gavin B., Coyne I., Cullen W., O'Connor K., Ramperti N., Dooley B., Barry S., Singh S.P., *Transition from child and adolescent to adult mental health services in the Republic of Ireland: an investigation of process and operational practice*. Early Interv Psychiatry. 2014; 8(3): 291–297.
13. Nguyen T., Embrett M.G., Barr N.G., Mulvale G.M., Vania D.K., Randall G.E., DiRezze B., *Preventing Youth from Falling Through the Cracks Between Child/Adolescent and Adult Mental Health Services: A Systematic Review of Models of Care*. Community Ment Health J. 2017; 53(4): 375–382.
14. Signorini G., Singh S.P., Marsanic V.B., Dieleman G., Dodig-Ćurković K., Franic T., Gerritsen S.E., Griffin J., Maras A., McNicholas F., O'Hara L., Purper-Ouakil D., Paul M., Russet F., Santosh P., Schulze U., Street C., Tremmery S., Tuomainen H., Verhulst F., Warwick J., De Girolamo G., MILESTONE Consortium. *The interface between child/adolescent and adult mental health services: results from a European 28-country survey*. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2018; 27(4): 501-511.
15. Singh S.P., Anderson B., Liabo K., Ganeshamoorthy T., *Supporting young people in their transition to adults' services: summary of NICE guidance*. The British Medical Journal (BMJ). 2016; 353: i2225 (online), pp. 282–294 (printed version).

16. Singh S.P., Evans N., Sireling L., Stuart H., *Mind the gap: the interface between child and adult mental health services*. Psychiatr Bull. 2005; 29:292–4
17. Singh S.P., Tuomainen H., *Transition from child to adult mental health services: needs, barriers, experiences and new models of care*. World Psychiatry. 2015; 14(3): 358-61.
18. Tuomainen H., Schulze U., Warwick J., Paul M., Dieleman G.C., Franić T., Madan J., Maras A., McNicholas F., Purper-Ouakil D., Santosh P., Signorini G., Street C., Tremmery S., Verhulst F.C., Wolke D., Singh S.P., MILESTONE consortium. *Managing the link and Strengthening transition from child to adult mental health Care in Europe (MILESTONE): background, rationale and methodology*. BMC Psychiatry. 2018;18(1):167. doi: 10.1186/s12888-018-1758-z. Erratum in: BMC Psychiatry. 2018;18(1):295

I Disturbi da Stress nel personale sanitario

Un modello di intervento durante l'emergenza Covid-19 nell'ASST di Lodi

C. Cibra, M. Marasco*, C. Grossi*, E. Diadema*, C. Carmassi°, C. Gesi §, L. Dell'Osso°, S. Paglia", G. Cerveri**

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni diversi studi clinici ed epidemiologici hanno messo in luce come gli operatori sanitari siano particolarmente soggetti a sviluppare quadri psicopatologici variamente articolati, ma riconducibili a forme stress-correlate. Tra queste, rientra ormai anche nel linguaggio comune il concetto di "sindrome da burnout" (BOS), ad indicare, secondo una delle più autorevoli definizioni in materia, una sindrome da esaurimento emotivo, depersonalizzazione e riduzione delle capacità mentali (Maslach, 1982), derivante dallo squilibrio fra le richieste lavorative e le capacità della persona di soddisfarle. La BOS era stata descritta inizialmente, ed in effetti si riscontra particolarmente, in quelle professioni in cui il lavoratore si occupa di altre persone: fra queste, medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali ed operatori sanitari in genere. Recentemente è emerso altresì il potenziale traumatico correlato ad alcune categorie lavorative,al punto che nell'ultima edizione del Manuale Statistico e Diagnostico dei disturbi mentali (DSM-5) (APA, 2013), per la prima volta, l'esposizione professionale ripetuta o estrema a dettagli crudi di evento/i traumatico/i, tipica degli operatori che si trovino sovente in contatto con quadri clinici estremamente critici e spesso fatali,viene contemplata come possibile criterio A, necessario per por diagnosi di PTSD. Si è assistito nel contempo ad un crescente interesse in letteratura sul personale sanitario esposto a simili eventi, in particolare quello impiegato nei reparti di Emergenza-Pronto Soccorso e di Terapia Intensiva, ed in effetti in molteplici studi sono stati evidenziati fra gli operatori alti livelli di ansia, depressione, BOS ed una prevalenza di PTSD che va dall'8% al 30% (Karanikola, 2015; Salmon, 2019). In realtà, una revisione della letteratura relativamente recente ha riportato una prevalenza di PTSD in diverse tipologie di operatori sanitari compresa fra il 10% e il 20% (Robertson et al., 2010), nettamente superiore a quella della popolazione generale, in cui il tasso di PTSD lifetime, almeno in Italia, si assesta intorno al 2,3% (Carmassi et al., 2014; De Girolamo, 2006). Le manifestazioni sintomatologiche stress-correlate possono essere varie, ad espressività sia somatica (per esempio, spossatezza, cefalea, disturbi gastrointestinali, insonnia) che psichica (per esempio, alterazioni negative di pensieri ed emozioni, irrequietezza, aumentato arousal fino alla sospettosità, ipoprosessia, condotte di evitamento, sentimenti di frustrazione, rabbia, colpa, inadeguatezza, distacco), con conseguenze non solo nell'ambito professionale, ma anche nella sfera personale. Tali soggetti manifestano frequentemente alterazioni timiche o dei ritmi cronobiologici, così come sintomi d'ansia, e non di rado ricorrono ad alcol, sostanze o farmaci come "autoterapici". I sintomi ansiosi, depressivi e post-traumatici da stress possono ripercuotersi seriamente anche sulle prestazioni lavorative: diversi studi riportano in questi casi l'aumento di omissioni nei turni, la perdita di giorni di attività, errori nella somministrazione della terapia, varie difficoltà nella pratica assistenziale, con conseguente diminuzione della sicurezza e della soddisfazione dei pazienti (Gärtner et al., 2010). È doveroso specificare che il trauma rappresenta una condizione necessaria ma non sufficiente per lo sviluppo di una psicopatologia e che non necessariamente l'esposizione ad eventi traumatici conduce allo sviluppo di PTSD; diversi altri fattori entrano in gioco, fra cui la storia e le caratteristiche individuali, prima fra tutte la capacità di resilienza.

La pandemia da SARS-CoV-2, esplosa a partire dal febbraio 2020 dopo il riconoscimento del primo caso in Europa nel Presidio Ospedaliero di Codogno (LO),

risulta essere un evento di per sé eccezionale e grave, pertanto potenzialmente traumatico. In aggiunta, ha imposto una improvvisa riorganizzazione delle attività assistenziali ed un ingente carico emotivo e prestazionale sul personale sanitario, in prima battuta quello impiegato nell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Lodi. Come conseguenza, i professionisti della salute impiegati si sono trovati di colpo a gestire una emergenza sanitaria mai affrontata prima, in un clima di marcato stress, di multiple fonti di paure e preoccupazioni, di isolamento; in molti casi si sono resi necessari prolungati orari di lavoro ed il displacement degli specialisti in differenti reparti. Alcuni di questi elementi erano emersi anche durante l'epidemia del virus SARS del 2002-2004 e studi dell'epoca avevano già messo in luce come gli operatori sanitari ad essa sopravvissuti mostrassero elevati livelli di stress e preoccupanti sintomi di disagio psichico (Lee, 2007).

Scopo di questa pubblicazione è di descrivere come il DSMD della ASST di Lodi ha cercato di farsi garante della salute psichica degli operatori impegnati in prima linea nel contrastare la diffusione del virus SARS-CoV-2, nonché di fornire i numeri ed i contenuti preliminari derivanti dall'analisi del campione iniziale, rappresentato dagli operatori sanitari che hanno richiesto tale servizio nel corso dei primi 3 mesi circa dall'inizio dell'emergenza sanitaria.

COM'È NATO L'AMBULATORIO SUPPORTO OPERATORI IN PRIMA LINEA

Il 21 febbraio 2020 veniva diagnosticato il primo caso di contagio da SARS-CoV-2 in Italia, nel Presidio Ospedaliero di Codogno. Nei giorni immediatamente successivi, il Direttore del Pronto Soccorso (PS) (nelle due sedi di Lodi e Codogno), Dr. Stefano Paglia, chiedeva al Direttore del DSMD, Dr. Giancarlo Cerveri, di strutturare un servizio di supporto per gli operatori del PS in prima linea nella cura dei pazienti vittime del Covid-19. La richiesta specifica, prima dell'attivazione del servizio, è stata quella di individuare i professionisti della salute mentale che sarebbero stati coinvolti, al fine di accompagnarli in un'osservazione diretta delle condizioni già radicalmente modificate dell'assetto del PS, della tipologia di pazienti ricoverati e delle condizioni di lavoro degli operatori in servizio. Nel mentre, il PS di Codogno era stato immediatamente chiuso e quello di Lodi era rimasto l'unico attivo sul territorio provinciale. Il 23 febbraio il numero dei pazienti ricoverati era già moltiplicato, le loro condizioni erano spesso critiche o molto critiche, con quadri clinici anche difficilmente modificabili, nonostante gli sforzi terapeutici; conseguentemente, purtroppo, il numero di decessi era già elevato. Il bisogno esponenziale di ossigeno e di presidi ventilatori si è configurato come elemento fondamentale e gli operatori si sono trovati necessariamente a dover trovare delle soluzioni fuori dall'ordinaria attività di PS, per provare a garantire un'adeguata assistenza. Le condizioni di lavoro si sono modificate in termini di aumento di carico di lavoro nell'ambito del turno, di numero di pazienti ricoverati e di attività clinica. L'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale (DPI) ha reso necessaria l'identificazione personale con il numero di matricola e nome scritto sui camici, con una conseguente spersonalizzazione e una difficoltà nel riconoscimento, oltre ad una fatica nello svolgimento delle attività ordinarie. La vestizione e svestizione, normata da rigidi protocolli operativi, era talmente dispendiosa, in termini di tempo necessario, da dissuadere l'operatore anche nell'assecondare le naturali pause fisiologiche. In aggiunta, si definiva da subito la condizione di isolamento per il controllo epidemiologico, che escludeva l'accesso ai familiari al capezzale dei congiunti, per contenere il rischio di contrarre e trasmettere l'infezione. Tale condizione ha determinato così un vissuto di solitudine deprivante e spaventosa, sia per i pazienti che per gli operatori, che nei limiti delle loro possibilità hanno cercato comunque di garantire il più possibile la dignità delle persone, anche nell'accompagnamento al fine vita.

Da subito sono emersi alcuni elementi di rischio par-

ticolarmente significativi: l'aumento dei turni, anche per le malattie dei colleghi; la necessità di acquisire nuove competenze direttamente sul campo senza training; la paura di infettarsi e di contagiare i propri familiari; alcune scelte diagnostiche che si sono presentate come essenziali e definite dalla situazione contingente; la comunicazione con i familiari dei pazienti, soprattutto in caso di aggravamento delle condizioni cliniche o del decesso.

MODELLO D'INTERVENTO

Il modello d'intervento proposto è stato declinato sulla necessità di fornire uno spazio di ascolto che fosse contenitivo, accogliente, ma anche in grado di valutare clinicamente le condizioni psicofisiche degli operatori. I professionisti coinvolti sono stati un medico psichiatra e uno psicologo psicoterapeuta, che insieme hanno condotto i colloqui clinici. Per oggettivare la valutazione clinica è stata predisposta una batteria di test psicometrici, definita in collaborazione con la Prof.ssa Claudia Carmassi, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale Sezione Psichiatria dell'Università di Pisa, uno dei centri italiani di riferimento per la ricerca e lo studio della sintomatologia post-traumatica sia negli operatori sanitari (Carmassi, 2016), sia nelle popolazioni colpite da catastrofi naturali e non, come il terremoto dell'Aquila del 2009 (Dell'Osso, 2013) o il disastro ferroviario di Viareggio (LU) dello stesso anno. Le scale prescelte sono state le seguenti: *Impact of Event Scale-Revised* (IES-R) (Weiss, 1997), questionario standardizzato in autosomministrazione impiegato per indagare la presenza di una sintomatologia post-traumatica, costituito da tre sottodimensioni (Riesperienza, Iperarousal, Evitamento); *Professional Quality of Life* (ProQOL) (Hudnall Stamm, 2009), strumento che va ad indagare tre diversi costrutti: Compassion Satisfaction, Burnout e Secondary Traumatic Stress; *Work and Social Adjustment Scale* (WSAS) (Mundt, 2002), per valutare l'impatto di un evento sul funzionamento sociale e lavorativo; *Resilience Scale* (Wagnild, 2006), che si basa su cinque dimensioni di resilienza: perseveranza, equilibrio, unicità, fiducia in sé stessi e ricerca di significato; *General Anxiety Disorder* (GAD-7) (Spitzer, 2006), per valutare il livello dell'ansia; *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) (Kroenke, 2001), per misurare la sintomatologia depressiva. Tale valutazione è stata proposta agli operatori che si sono rivolti all'Ambulatorio Supporto Operatori in Prima Linea tramite un link, che consentiva un accesso diretto on-line e che permetteva la compilazione e l'invio automatico dei dati raccolti.

L'ambulatorio originariamente nato per gli operatori del Pronto Soccorso di Lodi, è poi stato esteso a tutti gli operatori impegnati attivamente nella cura dei pazienti infetti da SARS-CoV-2, anche nei reparti di degenza, suddivisi a seconda della gravità delle condizioni cliniche. L'Ospedale ha infatti visto in tempi rapidi una riorganizzazione funzionale, con l'apertura di reparti solo per pazienti Covid-19 positivi classificati per colore (arancione, giallo, blu) in scala di gravità clinica crescente: Arancione-pazienti sospetti; Giallo-pazienti sintomatici con insufficienza respiratoria lieve/media; Blu-pazienti con insufficienza respiratoria grave (CPAP e subintensiva); terapia intensiva e subintensiva (TIS).

Così come avvenuto all'interno del Pronto Soccorso, è stata valutata opportuna anche dai Direttori dei reparti coinvolti un'osservazione diretta delle realtà di lavoro da parte dei professionisti della salute mentale coinvolti nell'Ambulatorio. Agire direttamente la vestizione e la svestizione nelle zone filtro all'ingresso dei reparti, sperimentare la difficoltà di svolgere la propria mansione nelle condizioni già sopra citate, percepire direttamente i cambiamenti avvenuti in reparti noti, ma completamente trasformati, si è rivelata un'esperienza fondamentale nella possibilità di fornire un ascolto attento e partecipato agli operatori. Simmetricamente, ha permesso agli operatori che hanno avuto accesso all'Ambulatorio la possibilità di una narrazione libera, immagini della realtà vissuta comunicabili solo a chi ha condiviso l'esperienza. Tale modalità è stata condivisa e supportata anche dalla Dirigenza del Comparto: Direttore Professioni Sanitarie

(DPSS) a Referenti di Area Dipartimentale (RAD) dei Dipartimenti, che hanno accompagnato psichiatra e psicologo nei reparti.

L'Ambulatorio è stato poi organizzato anche per i presidi ospedalieri di Codogno e Sant'Angelo Lodigiano, anch'essi coinvolti nella cura di pazienti positivi al Covid-19, secondo le stesse modalità. In tutti e tre i presidi sono state scelte delle stanze in cui svolgere i colloqui che fossero prossime ai reparti ove gli operatori svolgevano la loro attività, al di fuori dei Centri Psico Sociali, garantendo il più possibile un'adeguata privacy. Gli orari dell'Ambulatorio sono stati plasmati sulle esigenze degli operatori, per favorirne l'accesso, soprattutto in occasione dello smonto del mattino e della fascia centrale (smonto mattino, monto pomeriggio).

Riguardo gli operatori sanitari operativi non direttamente su pazienti positivi al Covid-19, è stato messo a disposizione un supporto telefonico, al quale l'operatore poteva rivolgersi liberamente, fissando un colloquio o più d'uno a seconda del bisogno. Anche telefonicamente è stata proposta la stessa autovalutazione on-line e, se il bisogno risultava essere di natura più complessa, l'invio era all'Ambulatorio, per una eventuale valutazione psichiatrica. Il modello a due, psichiatra e psicologo, ha garantito un ascolto multiprofessionale e in grado di accogliere più efficacemente i contenuti dolorosi portati dagli operatori, oltre ad una doppia osservazione delle condizioni cliniche, confrontata successivamente con i risultati delle scale autosomministrate. Il tentativo di provare a restituire un significato alle narrazioni si è rafforzato dall'essere in doppia presenza. È stata valutata opportuna anche una supervisione settimanale, da parte di uno psichiatra dell'unità operativa, ai professionisti della salute mentale coinvolti nell'Ambulatorio.

CHI SI È RIVOLTO ALL'AMBULATORIO SUPPORTO OPERATORI IN PRIMA LINEA

Dal 3 di marzo al 15 di maggio 2020, 81 dipendenti si sono rivolti all'Ambulatorio. Di questi, 50 (62%) operativi nei reparti in prima linea dei presidi di Lodi e Codogno, 31 (38%) hanno usufruito del supporto telefonico. Nella maggior parte dei casi è stato effettuato un solo incontro; con il 10% degli operatori si è invece concordata la necessità di ulteriori colloqui. Varie figure professionali hanno richiesto un supporto, perlopiù medici (38%), seguiti da infermieri (36%), O.S.S. (18%) e personale amministrativo (8%). L'età era varia, tra i 25 e i 63 anni (età media 41±10). Gli operatori erano per la maggior parte donne (69%). L'anamnesi psicopatologica ha rilevato come l'aver sperimentato in precedenza un supporto psicologico (35%) o un trattamento psicofarmacologico (21%), così come l'avere avuto una patologia psichiatrica (12%) o una familiarità per essa (11%), sono risultati elementi facilitatori per l'accesso al servizio di supporto. I primi operatori che hanno preso contatto, forse grazie alle precedenti esperienze, hanno saputo avvicinarsi con meno difese e con una maggiore facilità narrativa.

La compilazione della scheda anamnestica creata per il servizio ha aiutato a capire come e se alcuni elementi fossero mutati in relazione allo stress sperimentato dallo scoppio della pandemia: vari operatori hanno aumentato il consumo di caffè e sigarette (32%), molti infermieri ed O.S.S. (46%) hanno riportato una modificazione del regime alimentare, spesso caratterizzata dall'aumento del consumo di cibo, in minor quota (8%) veniva riferita inappetenza. Difficoltà ad addormentarsi (66%), risvegli notturni, sogni spaventosi spesso legati alla pandemia, sono stati oggetto di racconto durante i colloqui. Più di un operatore si è svegliato dopo aver sognato di aver abbassato la mascherina per sbaglio, o con la sensazione di fame d'aria provocata dai DPI. Un aspetto critico descritto è stato l'utilizzo di misure precauzionali al di fuori dell'orario lavorativo. Quasi tutti i professionisti (91%) hanno raccontato la fatica del dover utilizzare le mascherine o altri DPI anche in casa, la divisione delle stanze, o addirittura la scelta di non vivere con il proprio nucleo familiare per paura dell'eventuale contagio.

Gli operatori si sono dovuti confrontare anche con la

perdita di parenti o amici stretti a causa del virus (16%) e, ancor più, con il contagio di colleghi (49%). Questo, oltre ad aumentare la paura per la propria salute, ha influito sulla distribuzione dei carichi di lavoro. Agli operatori del Pronto Soccorso, in particolar modo nelle prime settimane, è stato chiesto spesso (48,6%) un aumento delle ore di permanenza in servizio, aumentando conseguentemente l'intensità dell'esposizione ai decessi e all'accompagnamento al fine vita. Compiti particolarmente gravosi nei giorni più bui della pandemia, giorni in cui i decessi hanno raggiunto valori estremi rispetto alla routine che fino al mese precedente caratterizzava il Pronto Soccorso.

Degli 81 operatori che si sono rivolti all'ambulatorio, 60 (74%) hanno risposto alla batteria di questionari in autosomministrazione, pur in 18 dei casi mancanti di GAD-7 (Spitzer, 2006) e PHQ-9 (Kroenke, 2001), scale inserite in un secondo momento nel progetto. Di seguito, un riassunto dei risultati emersi tramite gli strumenti psicometrici. Un significativo numero di professionisti (N=32, 53,3%) riporta una sintomatologia suggestiva per il Disturbo Post-Traumatico, valutata tramite la scala IES-R; l'eventuale strutturazione del disturbo verrà valutata con una nuova indagine dopo sei mesi. Dall'analisi dei punteggi emersi al ProQOL risulta: un punteggio medio di 37±6,9 nella sottoscala Compassion Satisfaction (solo un dipendente è sceso sotto il cut-off di 22); un punteggio medio di 25,5±6 nella sottoscala che misura i livelli di burnout (nessun operatore ha superato il cut off); un punteggio medio di 23,7±7,5 nella sottoscala Secondary Traumatic Stress (solo un dipendente oltre il cut-off). Metà degli operatori (N=30) hanno ottenuto punteggi significativi al questionario WSAS: tale dato potrebbe evidenziare quanto il distanziamento sociale imposto abbia impattato sul funzionamento lavorativo e sociale. I livelli di resilienza medi (132±16,3) risultavano elevati. La media dei punteggi ottenuti nella scala GAD-7 (11±5) mostra complessivamente moderati livelli di ansia, ma 12 operatori (28,5%) hanno ottenuto punteggi coerenti con un livello d'ansia considerato severo. Mediamente, i punteggi ottenuti nella scala PHQ-9 (media 9±5,7) indicano un livello di depressione sottosoglia; fra coloro i quali hanno superato il cut-off, 13 dipendenti (31%) riportano punteggi suggestivi per una sintomatologia depressiva lieve, 3 severa.

In media dunque, l'operatore che ha usufruito del servizio di supporto risulta essere un professionista resiliente, che trae soddisfazione nello svolgere la propria professione, significativamente colpito dai cambiamenti imposti dalla pandemia in atto e che in vari casi manifesta una sintomatologia riconducibile al disturbo post-traumatico da stress. Attualmente non presenta sintomatologia riconducibile alla sindrome del Burnout. Il livello di ansia percepito è moderato, lieve la sintomatologia depressiva media riferita.

Da una prima analisi sulla distribuzione dei punteggi si nota che gli OSS sono la categoria professionale che ha ottenuto i valori maggiori nel GAD-7 (media 13±5). Dai colloqui è emerso l'importante contributo di tale figura professionale, che si è sentita investita della responsabilità di garantire dignità al commiato, prendendosi cura delle salme in assenza dei familiari.

Gli infermieri mostrano il più alto livello di Resilienza (media 135±15) e Compassion Satisfaction-ProQOL (media 40±7), ma anche i punteggi più alti alla scala IES-R (media 42±16) e Secondary Traumatic Stress-ProQOL (media 25±7). I medici riportano più alti livelli di Burnout-ProQOL (media 26±6), senza comunque raggiungere valori critici.

LE IMMAGINI DEL TRAUMA

Pronto Soccorso e Terapia Intensiva affollate di casi di polmoniti atipiche che non rispondono ai comuni protocolli di intervento, quadri di insufficienza respiratoria gravi, gravissimi, letali. Affollamento nei locali del PS, nei corridoi, una distesa di letti con uomini e donne, inermi, affamati d'aria; gli sguardi perplessi in cerca di un contatto visivo, una rassicurazione, una promessa.

Di fronte, i medici senza certezze, senza risposte, con la pietà di promettere che faranno tutto il possibile. Queste le immagini del trauma che si ripresentano vivide alla mente degli operatori, quegli sguardi interrogativi e la fatica di dare risposta. Questi i vividi ricordi, con carattere intrusivo e ricorrente, esperiti con intensa partecipazione affettiva. L'evento si ripresenta sotto forma di immagini nella solitudine delle notti insonni, tormentate da incubi e frequenti risvegli, come se il tempo non fosse passato. Ma, di fatto, il tempo per i primi due mesi non passa, lo scenario rimane drammatico, l'assetto organizzativo è in continuo mutamento per far fronte all'aumentare nel numero dei pazienti. L'operatore sanitario non può permettersi di mettere in atto strategie di evitamento, non può e non vuole sottrarsi all'evento traumatico, il mandato di cura che originariamente ha mosso la sua scelta professionale gli impone di proseguire il suo lavoro in "trincea" sottoponendosi alla continuativa esposizione allo stress. Il professionista è impotente, frustrato, ferito. Volgendo lo sguardo sulla distesa di letti percepisce la solitudine del paziente, l'uomo la donna, così simile a sé e ai suoi cari così lontani, necessariamente tenuti a distanza per proteggerli, per scongiurare la diffusione dell'infezione.

Quel luogo diventa un luogo di solitudine e nello stesso tempo unico luogo di condivisione. Il gruppo si sostiene, si muove all'unisono. Dietro i DPI si vedono solo gli occhi, sguardi attenti e comunicativi che possono cogliere come non mai i momenti di sconforto, il bisogno di fermarsi e piangere. La reattività viene tollerata, ogni asperità viene superata, un codice nuovo e comune consente una comunicazione rapida ed efficace. Un assetto cognitivo nuovo con diversi livelli di attenzione, una condizione di iperarousal per non essere colti di sorpresa, per essere pronti ad affrontare una nuova sfida, per essere preparati. Fenomeni di numbing, stato di ottundimento emozionale ed affettivo, percepiti come un drammatico adattamento alla elevata mortalità a cui assistono, si osservano dopo quasi tre mesi di esposizione. Incertezza totale sul futuro, sulla durata della pandemia, sugli esiti. Quando si tornerà alla quotidianità del reparto così come lo si conosceva prima di ora?

CONCLUSIONI

Il modello d'intervento descritto, pur strutturato in una situazione di generale emergenza sanitaria, si è rivelato efficace in termini di potenzialità di accoglimento e riconoscimento dei bisogni emersi nei diversi ambiti, in particolare nel supporto al personale sanitario. I professionisti sanitari che si sono rivolti all'Ambulatorio Supporto Operatori in Prima linea hanno mediamente mostrato un quadro di equilibrio psichico più che discreto, tenendo conto delle variabili che hanno caratterizzato il loro agire professionale durante l'emergenza Covid-19. Sono rimasti lucidi, critici, nonostante i comuni sentimenti di impotenza clinica, di incertezza desolante sul tempo che ancora sarebbe servito per tornare ad una attività lavorativa routinaria, di frustrazione, finanche di rabbia; nonostante la paura di ammalarsi a loro volta, che è apparsa consapevole ma contenuta e che non li ha fermati dallo svolgere il loro lavoro con dedizione. La partecipazione emotiva si è rivelata marcata, spesso vissuta come straziante nel vedere i pazienti che morivano da soli, con meccanismi di identificazione proiettiva inevitabili, ma non patologici. Il gruppo è emerso come coeso, quasi rafforzato dalle grandi prove che ha dovuto affrontare, in un certo qual modo adattato via via che il tempo è passato. Tutti gli operatori che hanno usufruito del servizio di supporto verranno rivalutati, sia mediante un colloquio clinico parimenti organizzato, sia mediante appositi strumenti psicometrici, dopo 6 mesi (T1). Particolare attenzione verrà posta sull'eventuale strutturazione di quadri ascrivibili a disturbi da stress acuto e post-traumatici da stress, così come agli elementi di maggior resilienza.

Dai risultati preliminari riportati potrebbero emergere inoltre possibili strategie di prevenzione sia per la salute, sia per il funzionamento lavorativo, degli operatori sanitari impegnati in prima linea durante l'emergenza Covid-19.

FOCUS SUL RUOLO DEL DSMD

Da 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 dell'Ambulatorio a Supporto per gli Operatori Sanitari, 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 (Neimeyer, 2006); 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; uno specifico supporto psicologico per i cittadini tutti che ne abbiano fatto richiesta.

Afferenza degli autori

** Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze ASST di Lodi*

§ Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze ASST Fatebenefratelli e Sacco

° Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale-Sezione Psichiatria, Università di Pisa

" Direttore UOC Emergenza Urgenza ASST di Lodi

Bibliografia

1. Maslach C., 1982. *Burnout, the cost of caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
2. American Psychiatric Association (APA), 2013. *DSM-5, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, traduzione italiana*. Raffaello Cortina, Milano, 2014
3. Karanikola M., Giannakopoulou M., Mpouzika M., Kaite C.P., Tsiaousis G.Z., Papathanassoglou E.D., 2015. *Dysfunctional psychological responses among Intensive Care Unit Nurse: a systematic review of the literature.* Rev Esc Enferm USP, 29, 847-57.
4. Salmon G., Morehead A., 2019. *Posttraumatic Stress Syndrome and Implications for Practice in Critical Care Nurses*. Crit Care Nurs Clin North Am. 31(4):517-26. DOI: 10.1016/j.cnc.2019.07.007.
5. Robertson N., Perry A., 2010. *Institutionally based health care workers' exposure to traumatogenic events: systematic review of PTSD presentation*. J Trauma Stress. 23(3):417-20. DOI: 10.1002/jts.20537.
6. Carmassi C., Dell'Osso L., Manni C., Candini V., Dagani J., Iozzino L., Koenen K.C., de Girolamo G., 2014. *Frequency of trauma exposure and Post-Traumatic Stress Disorder in Italy: analysis from the World Mental Health Survey Initiative*. Journal of psychiatric research 59, 77-84.
7. de Girolamo G., Polidori G., Morosini P., Scarpino V., Reda V., Serra G., Mazzi F., Alonso J., Vilagut G., Visona G., Falsirollo F., Rossi A., Warner R., 2006. *Prevalence of common mental disorders in Italy: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD).* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 41, 853-61.
8. Gärtner F.R., Nieuwenhuijsen K., van Dijk F.J., Sluiter J.K. *The impact of common mental disorders on the work functioning of nurses and allied health professionals: a systematic review*. Int J Nurs Stud. 2010 Aug;47(8):1047-61. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2010.03.013.
9. Lee A.M., Wong J.G., McAlonan G.M., Cheung V., Cheung C., Sham P.C., Chu C.M., Wong P.C., Tsang K.W., Chua S.E., 2007. *Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak*. Can J Psychiatry 52(4):233–40.
10. Carmassi C., Gesi C., Simoncini M., Favilla M., Massimetti G., Oliveri M.C., Conversano C., Santini M., Dell'Osso L., 2016. *DSM-5 PTSD and posttraumatic stress spectrum in Italian emergency personnel: correlations with work and social adjustment*. Neuropsychiatr Dis Treat 12, 375-81. doi: 10.2147/NDT.S97171.
11. Dell'Osso L., Carmassi C., Massimetti G., Stratta P., Riccardi I., Capanna C., Akiskal K.K., Akiskal H.S., Rossi A., 2013. *Age, gender and epicenter proximity effects on post-traumatic stress symptoms in L'Aquila 2009 earthquake survivors*. J Affect Disord 146(2):174-80. DOI: 10.1016/j.jad.2012.08.048.
12. Weiss D.S., Marmar C.R., 1997. T*he Impact of Event Scale—Revised*. pp. 399–41. New York, Guilford Press.
13. Hudnall Stamm B., 2009. *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL).* www.proqol.org.
14. Mundt J.C., Marks I.M., Shear M.K., Greist J.H., 2002. *The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning*. Br J Psych 180:461-4.
15. Wagnild G.M., Young H.M., 2006. *Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale*. Journal of Nursing Measurement 1(2): 165-78.
16. Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B., 2006. *A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7.* Arch Intern Med 166(10):1092-7.
17. Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B.W., 2001. *The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure.* J Gen Intern Med 16: 606-13.
18. Neimeyer R.A., 2006. *Complicated grief and the reconstruction of meaning: Conceptual and empirical contributions to a cognitive-constructivist model.* In Clinical Psychology: Science.

Musicalità e psicopatologia: il potere riabilitativo del canto

*Giovanna Crespi *, Agnese Tringali *, Lucia Anguilano *, Flavia Viganò *, Manuela Limonta *, Massimo Clerici **

INTRODUZIONE

Le attività artistiche, come documentato da un recente importante report della World Health Organization (WHO) (Fancourt 2019) possono essere considerate interventi multimodali che agiscono a livello psicologico, fisiologico, sociale e comportamentale determinando benefici sulla salute sia fisica che mentale dei soggetti (Fancourt 2017). In particolare, il lavoro della WHO riporta una revisione della crescente letteratura circa i benefici dell'arte sulla prevenzione e sulla riduzione delle malattie mentali. Le attività artistiche vengono pertanto considerate supporto ai tradizionali approcci farmacologici e psicologici nella gestione delle patologie mentali gravi.

Considerando in modo specifico l'attività musicale, alcuni studi hanno evidenziato il beneficio apportato dalle attività musicali su patologie mentali gravi, sia per quanto riguarda i sintomi che il funzionamento (Gold et al. 2009; Carr et al. 2013). In pazienti psicotici, la musicoterapia migliora la sintomatologia generale, lo psicoticismo, l'ideazione paranoide, le fobie, le somatizzazioni, l'ansia, la depressione così come i sintomi negativi come la mancanza di partecipazione, cooperazione, interazione, e il funzionamento psicosociale. (Volpe et al. 2018; Silverman 2003; Müller et al. 2014). Risultati positivi si sono trovati anche in soggetti con disturbi depressivi (Aalbers et al. 2017), disturbi del comportamento alimentare (Bibb et al. 2015), disturbo ossessivo compulsivo (Abdulah et al. 2019), disturbo da ansia sociale (Lazarov et al. 2017) (578), disturbo post traumatico da stress (Landis-Shack et al. 2017).

Le teorie neurobiologiche sostengono che tali benefici possano riflettere una modulazione neurotrasmettitoriale, una riduzione di ormoni dello stress come il cortisolo e una riduzione della risposta immunitaria infiammatoria (Fancourt et al. 2016; Lin et al. 2011). Altri studi suggeriscono che la musica contribuisca attraverso diversi componenti. Sembrano coinvolti, in modo particolare, il fattore estetico, l'attivazione sensoriale, l'evocazione emotiva, l'interazione sociale. I fattori estetici ed emozionali delle attività artistiche possono stimolare l'espressione e la regolazione emotiva (Juslin 2013). Per quanto riguarda l'attivazione sensoriale, è stato osservato che diverse aree degli emisferi cerebrali sono stimolate durante l'ascolto della musica, e che tale stimolazioni dipenda dall'esperienza musicale del soggetto; la musica produce modificazioni a livello del sistema nervoso vegetativo, agendo trasversalmente sulle emozioni (Peretz e Zatorre 2005; Zatorre e Peretz 2003). L'interazione sociale – che è particolarmente stimolata dalle attività musicali rispetto alle altre forme artistiche (Pearce et al. 2015) - riduce il senso di solitudine e lo scarso supporto sociale, entrambi fattori strettamente connessi allo sviluppo di patologie mentali.

Alla luce di tale conoscenze le considerazioni oggetto di questo contributo si propongono di evidenziare e quantizzare i possibili miglioramenti indotti dall'attività musicale riabilitativa di canto su cluster psicopatologici in soggetti affetti da disturbi mentali. In particolare lo studio è nato dall'osservazione da parte degli operatori presenti all'attività di un miglioramento delle abilità tecniche musicali e del parallelo miglioramento del benessere psicopatologico sia soggettivo che oggettivo dei partecipanti. È stato inoltre osservato un progressivo adeguamento dei partecipanti al gruppo con un aumento delle capacità di espressione dei propri vissuti, delle proprie emozioni e delle capacità di socializzazione. Pertanto, nel seguente studio, ci siamo proposti di verificare empiricamente quanto osservato e quantificare il miglioramento clinico. Abbiamo voluto inoltre verificare se tali eventuali miglioramenti fossero in qualche modo influenzati dalla diagnosi psicopatologica dei partecipanti.

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO "GRUPPO CANTO"

L'attività riabilitativa oggetto di osservazione riguarda un laboratorio di canto a cadenza settimanale gestito da una consulente esperta in didattica della musica e del canto, all'interno del Centro Diurno della UOP 38 ASST Monza.

L'attività rientra negli interventi riabilitativi-gruppali di tipo *espressivo* ed opera principalmente attraverso l'accettazione/coesione; l'apprendimento/modellizzazione indiretta; la catarsi; il Self-disclosure; la comprensione di sé; l'apprendimento interpersonale; lo sviluppo di tecniche di socializzazione; i fattori esistenziali.

L'attività corale di ciascuna sessione prevede una prima fase di riscaldamento e tecnica vocale ed una fase successiva in cui si entra nell'attività musicale vera e propria. Nella fase di riscaldamento vengono proposte le seguenti attività: rilassamento muscolare ed esercizi di respirazione; stretching vocale e tecnica vocale attraverso vocalizzi su scala cromatica eseguiti con "lip thrills" (vibrazione delle labbra con "br"); stretching vocale e tecnica vocale attraverso vocalizzi su varie scale e intervalli eseguiti con vocali in "cry" (suono piccolo, di bassa intensità, in cui lavora principalmente il bordo delle corde vocali); esercizi di ear traning su ritmo, intonazione, memoria, musicalità. Al termine della fase tecnica, si passa al lavoro creativo-musicale, cioè alla performance vera e propria. Partendo da un'emozione, un ricordo o un vissuto si agevola con la musica (live e/o basi) l'improvvisazione e la creatività musicale e vocale dei partecipanti; vengono così composti dei brani che, da una parte, devono soddisfare i criteri musicali (intonazione, ritmo, melodia, tecnica vocale) e dall'altra stimolano l'espressività e innescano una riflessione sul tema trattato (sia del singolo, sia del gruppo). La musica funge da facilitatore attraverso il quale le emozioni, vissuti e/o traumi vengono espresse e condivise rielaborate nel e attraverso il gruppo ed infine tradotte in parole che contribuiranno alla costruzione di un brano musicale (opera condivisa).

Il gruppo è composto da un massimo di 15 persone; l'invio al gruppo avviene su richiesta del clinico dopo condivisione del progetto con l'équipe di riferimento tenendo conto anche dell'attitudine e della richiesta del paziente stesso. A livello clinico si valuta la necessità e l'utilità per il singolo paziente che le dinamiche relazionali gruppali – mediate e facilitate dalla musica – possano favorire il superamento dell'isolamento emotivo con l'acquisizione di nuovi modi di gestire emozioni difficili.

Per poter verificare tali cambiamenti si ritiene necessario un periodo di attività di almeno sei mesi.

Materiali e Metodi

Al fine di valutare se un'attività musicale strutturata possa effettivamente determinare un miglioramento psicopatologico in soggetti con disturbi mentali gravi sono stati selezionati all'interno della scala "Brief Psychiatric Rating Scale" (BPRS) alcuni items, considerati maggiormente rappresentativi al fine di poter quantizzare i cambiamenti percepiti e descritti dai singoli soggetti durante e dopo l' attività.

Sono stati quindi selezionati dalla scala BPRS sette items e precisamente quelli che valutano:
2 – Ansia; 11 – Contenuto insolito del pensiero; 12 – Comportamento bizzarro; 15 – Disorganizzazione concettuale; 16 – Appiattimento affettivo; 17 – Isolamento emotivo; 20 – Mancanza di cooperazione; 22 – Distraibilità.

Per verificare se al miglioramento clinico osservato dagli operatori corrispondesse anche un miglioramento soggettivo della qualità di vita dei pazienti è stata somministrata la scala "Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire" (Q-LES), una scala di autovalutazione finalizzata ad ottenere una misura sensibile del grado di piacere e di soddisfazione che i soggetti, con patologia sia psichica che somatica, sperimentano nei diversi settori in cui si articola la vita quotidiana. In particolare la scala esplora la soddisfazione circa la salute fisica, le sensazioni soggettive, le attività del tempo libero, i rapporti sociali

e le attività generali. Sono previsti, inoltre, tre items in rapporto all'attività lavorativa, casalinga, e di studente.

Per la valutazione dell'apprendimento delle tecniche musicali, sono stati somministrati alcuni parametri delle certificazioni musicali del London College of Music (LCM) - West London University. In particolare, gli utenti sono stati valutati per la componente "Technical Work", che prevede la ripetizione di scale musicali, intervalli, melodie, pattern ritmici secondo gli obiettivi di livello "Step 1-2", che utilizza una selezione di materiale musicale elementare (melodie semplici e indicazioni di tempo comuni e basilari) applicando un punteggio da 0 a 20 (20 senza errori).

Tutti gli utenti sono stati valutati rispetto alle tecniche musicali, ai parametri clinici di benessere psichico e di adeguamento dell'Io nel gruppo nonché al grado di soddisfazione.

Le scale sono state somministrate dagli operatori sanitari in occasione dell'attività corale nei tre tempi stabiliti e così scadenzati: T0 (inizio attività); T1 dopo 1 mese e T2 dopo 6 mesi che è stato considerato un periodo di tempo sufficiente per la verifica del cambiamento.

Campione

Il campione iniziale era composto da 15 pazienti per un tempo di osservazione di 6 mesi. Il gruppo è stato costante per tutto il periodo di osservazione con frequenza di partecipazione all'attività di una volta alla settimana; due soggetti hanno abbandonato l'attività entro il primo mese di osservazione e non sono stati considerati nelle valutazioni e nell'analisi statistica.

Il campione in esame è quindi composto da 13 soggetti adulti di età compresa tra i 23 e i 60 anni, 6 femmine e 7 maschi, con diagnosi psichiatriche maggiori: 6 pz con diagnosi di disturbo schizofrenico, 6 pz con diagnosi di disturbo dell'umore (3 unipolare e 3 bipolare) e un paziente affetto da disturbo di personalità grave. Le diagnosi sono state formulate secondo il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM 5) (Biondi e Maj 2014). Tutti i pazienti si accomunano per la presenza di una grave compromissione del funzionamento sociale e relazionale in un punteggio alla Valutazione Globale del Funzionamento (VGF) <60.

Analisi statistica

Per l'analisi statistica è stato usato il software Statistical Package for Social Science (SPSS).

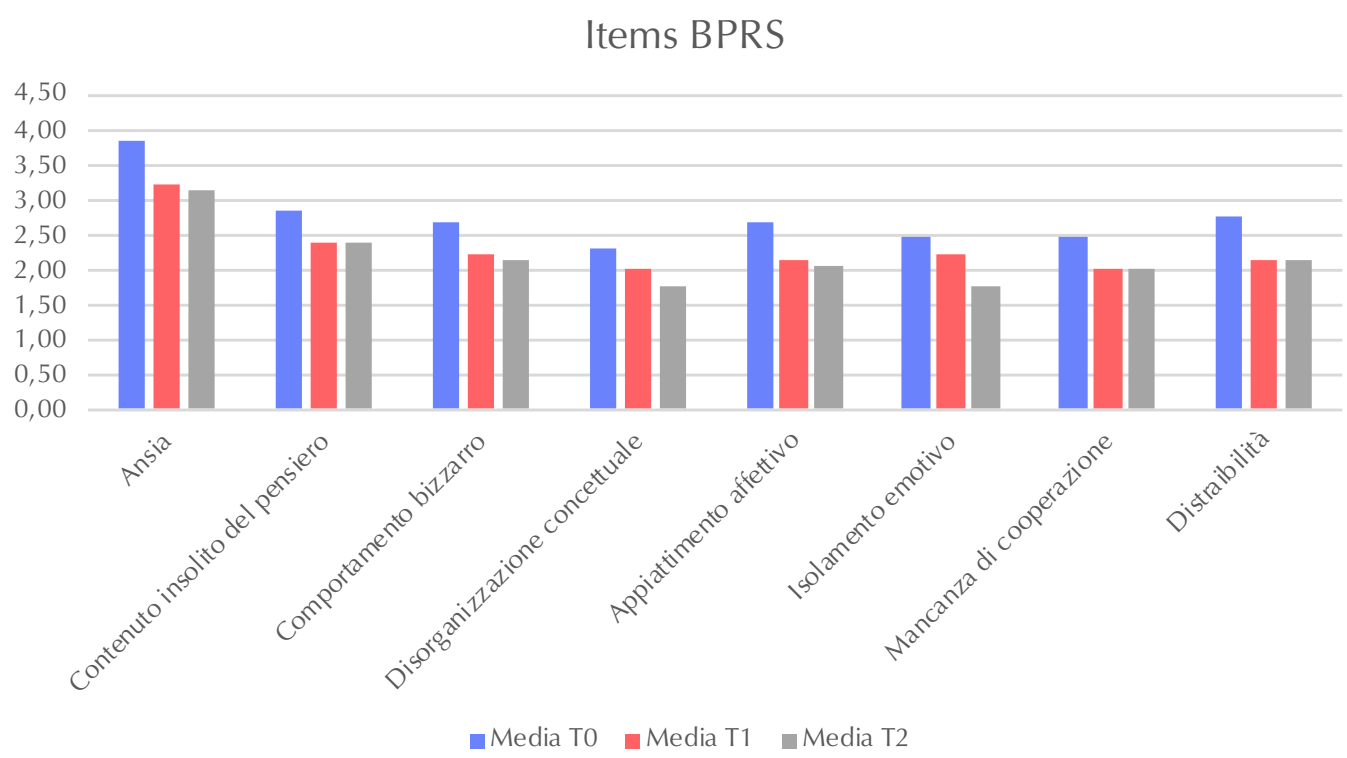
I dati raccolti sono stati analizzati sia comparando il risultato della somministrazione delle scale ai vari tempi iniziale (T0), dopo un mese (T1) e dopo sei mesi (T2), sia mediante un'analisi della varianza per misure ripetute per poter valutare anche la variabile diagnostica. I pazienti sono stati suddivisi in 2 gruppi: gruppo 1 - pazienti con Disturbo schizofrenico e gruppo 2 - pazienti con diagnosi di Disturbo dell'umore (sia unipolare che bipolare); in questa seconda analisi non è stato considerato il paziente con grave disturbo di personalità e pertanto il numero complessivo di pazienti per l'analisi della varianza è stato di 12.

Risultati

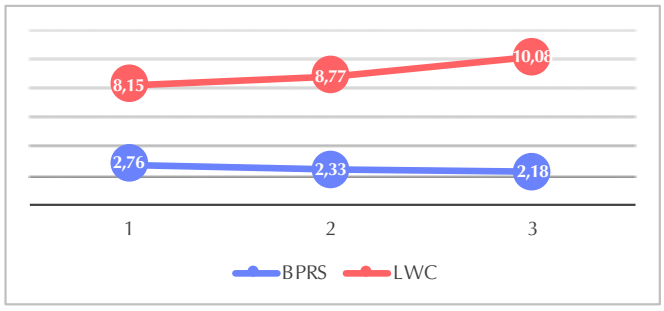
Nei sei mesi di osservazione, si è verificato un progressivo e significativo miglioramento in tutte le aree psicopatologiche oggetto di studio misurato tramite gli item della BPRS tra T0 e T1 e T0 e T2. Fa eccezione l'item "isolamento emotivo", che non ha mostrato un miglioramento statisticamente significativo da T0 a T1 ma che è divenuto statisticamente significativo solo nel confronto T0 versus T2 ($p<0,05$).

Analizzando i dati ricavati dalla scala musicale LCM - West London University si è osservato, inoltre, un progressivo e lineare miglioramento (aumento del punteggio 0-20) della tecnica canora che mantiene un andamento simile al miglioramento clinico verificato attraverso la media degli item della BPRS selezionati.

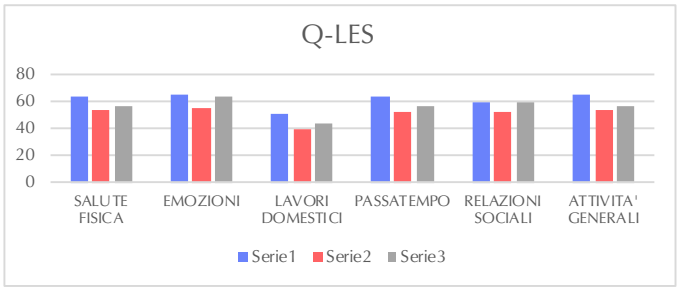
Confrontando gli items della scala BPRS in parallelo alla scala LCM - West London University si è visto come



l'attività musicale strutturata condotta nel laboratorio di canto determini un miglioramento delle abilità tecniche musicali e che tale miglioramento si accompagna ad una riduzione dei punteggi degli items della BPRS. Entrambe le modificazioni risultano significative dal punto di vista statistico ($p<0,05$) ad entrambe le valutazioni ripetute.



I punteggi derivanti dalla somministrazione della scala di autovalutazione Q-LES descrivono un miglioramento globale soggettivo che tuttavia non raggiunge un livello di significatività statistica ad esclusione dell'item "lavori domestici" che risulta significativo ($p<0,05$) T0 versus T2.



Abbiamo quindi voluto verificare se le variazioni delle scale di valutazione somministrate fossero influenzate dall'appartenenza ad una grande categoria diagnostica dei soggetti partecipanti al coro che abbiamo suddivisi in due gruppi diagnostici principali:

gruppo 1 - *Disturbi schizofrenic*i, n 6 pazienti;

gruppo 2 - *Disturbi dell'umore*, n 6 pazienti.

In questo confronto non è stato considerato un paziente che aveva come diagnosi principale Disturbo di Personalità.

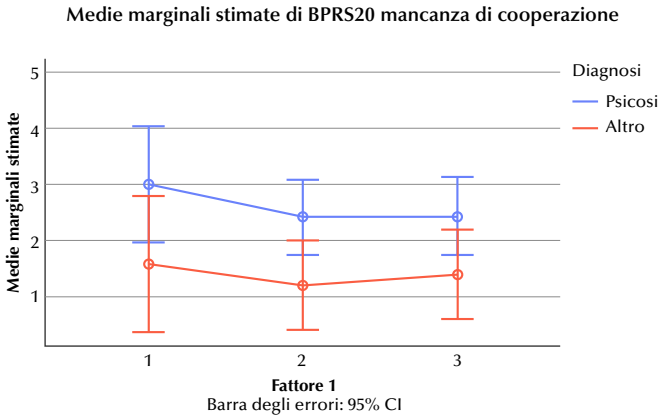
Sulle valutazioni effettuate ai pazienti così suddivisi è stata condotta un'analisi della varianza per valutazioni ripetute, considerando la variabile diagnostica. La significatività statistica è stata verificata in rapporto a tre confronti:

A. variabilità all'interno dei soggetti ovvero se il gruppo considerato nel suo insieme si modifica in maniera statisticamente significativa (tutte le valutazioni effettuate vengono considerate come un unicum);
B. variabilità tra i soggetti ovvero se gli stessi si comportano in maniera diversa in rapporto alla diagnosi, non considerando l'andamento nel tempo (se tutte le valutazioni del gruppo 1 sono diverse da gruppo 2);
C. l'interazione tra il gruppo diagnostico di appartenenza e l'andamento nel corso del tempo che così risulterebbe differente tra i due gruppi diagnostici (l'andamento nel tempo dei due gruppi risulta diverso).

Vista l'esiguità del campione alcune differenze, benché presenti, non sono significative dal punto di vista statistico e, pertanto, non vengono qui di seguito riportate.

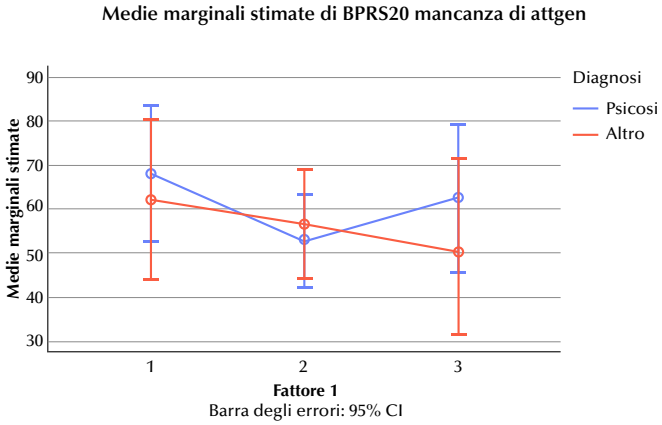
Gli item della BPRS che hanno mostrato una differenza significativa all'analisi così condotta tra i due gruppi diagnostici sono:

– *Ansia, Disorganizzazione concettuale, Appiattimento affettivo, Isolamento emotivo e Distraibilità*: tutti questi items presentano una variazione statisticamente significativa all'interno dei soggetti A) come già era emerso con l'analisi del gruppo intero (il gruppo intero migliora).
– *Comportamento bizzarro*: significativo entro e tra i soggetti cioè oltre che modificarsi nel complesso ci sono state delle modificazioni significative tra i due gruppi A) e B) che a questo item hanno dato dei risultati significativamente differenti indipendentemente dall'andamento generale. In particolare i soggetti del gruppo 1 hanno manifestato un livello maggiore di comportamento bizzarro rispetto al gruppo 2.
– *Mancanza di cooperazione*: item significativo tra i soggetti B) (gruppo 1 vs 2) diverso comportamento alle scale tra i gruppi senza una variazione significativa complessiva e indipendentemente dall'andamento. In particolare i pazienti psicotici hanno mostrato un livello maggiore di mancanza di cooperazione rispetto ai non psicotici (vedi grafico)

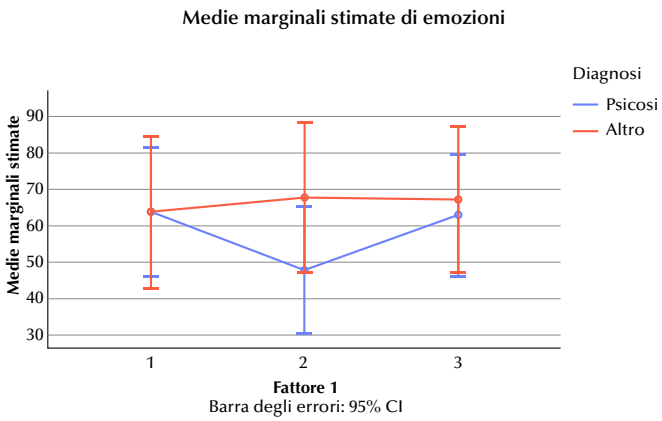


Analizzando l'andamento dei singoli item della scala Q-LES si è rilevata una significatività statistica per:

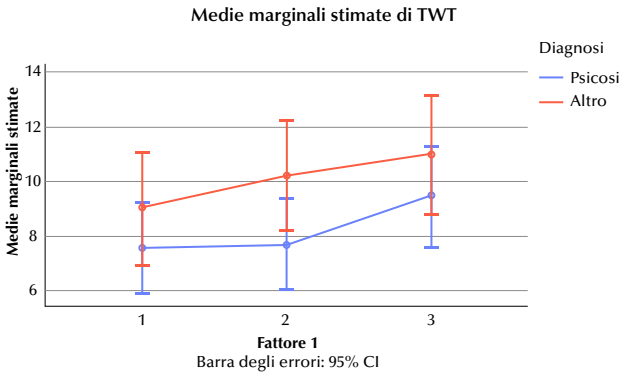
– *Attività Generali*: significativo il fattore entro i soggetti A) ovvero tutto il gruppo nel suo insieme



– *Emozioni*: significativo solo interazione tra gruppi C) cioè in riferimento alla diagnosi vi sono differenze significative delle valutazioni alle scale nel corso del tempo (diverso andamento in rapporto alla diagnosi).



Alla valutazione dell'apprendimento delle tecniche di canto risulta significativo il fattore entro i soggetti A) e in interazione C). La prova canora ha mostrato una variazione significativa nel complesso (miglioramento complessivo significativo) ed l'andamento del miglioramento è significativamente differente in rapporto alla diagnosi nei due gruppi considerati.



DISCUSSIONE

Come premesso nell'introduzione, tale lavoro è nato a seguito dell'osservazione da parte degli operatori del Centro Diurno di come il laboratorio di Canto, mostrava risultati che apparivano positivi. I miglioramenti parevano evidenti non solo rispetto alle abilità musicali, testimoniate anche dalle composizioni musicali registrate nel corso degli anni, ma anche rispetto alla sfera psicopatologica. In particolare gli operatori osservavano come vi fosse un progressivo adeguamento dei partecipanti al gruppo con un aumento delle capacità di espressione dei propri vissuti, delle proprie emozioni e delle capacità di socializzazione. Pertanto, con questo studio, ci siamo proposti di verificare empiricamente quanto osservato e quantificare il miglioramento, sia tecnico che clinico.

Per misurare in modo oggettivo tali iniziali osservazioni, sono state scelte alcune scale. Per quanto riguarda le misurazioni psicopatologiche oggettive, sono stati scelti sette items della scala BPRS, che è una delle scale psicopatologiche maggiormente utilizzate negli studi clinici, di facile somministrazione, ed ampiamente validata. Per non appesantire la valutazione sono stati scelti quegli items che sono più pertinenti ai possibili miglioramenti realizzabili con una tecnica riabilitativa di tipo espressivo.

Per quantificare il benessere psico-fisico soggettivo abbiamo scelto di utilizzare la scala Q-LES, in quanto permette al paziente di valutare autonomamente il proprio grado di soddisfazione nelle aeree richieste, è di facile comprensione e facilmente somministrabile.

Per quanto riguarda le misurazioni tecniche musicali abbiamo scelto la scala musicale LCM - West London University, che è una misurazione certificata e validata, ampiamente utilizzata in ambiente musicale accademico.

Abbiamo inoltre voluto verificare se la diagnosi influenzasse in qualche modo le modificazioni a livello di tecnica musicale e a livello psicopatologico. Per questo abbiamo deciso di condurre un'analisi aggiuntiva dividendo i soggetti i due gruppi – Disturbi Schizofrenici e Disturbi dell'umore- aspettandoci che i soggetti con disturbo schizofrenico presentassero un livello di gravità psicopatologica maggiore – cosa che si è in parte rilevato – e che mostrassero pattern di risposta differenti legati alla maggior gravità della diagnosi.

Il dato più significativo è l'osservazione di un miglioramento psicopatologico oggettivato dagli operatori a seguito dell'attività. Tali miglioramenti sono risultati evidenti sia considerando l'intero gruppo, sia considerando i due gruppi diagnostici. Il risultato ci mostra che l'attività di coro ha un potere riabilitativo indipendentemente dalla diagnosi del soggetto.

Tale miglioramento è stato evidenziato rispetto alle capacità di socializzazione e di stare in un gruppo (items BPRS: capacità di cooperazione, comportamento bizzarro, distraibilità) nonché rispetto alla capacità di esperire e manifestare emozioni (Items: appiattimento affettivo, isolamento emotivo). Il maggior livello di gravità degli Items Comportamento bizzarro e Mancanza di cooperazione nei soggetti con disturbo schizofrenico è comprensibile se si considera il maggior grado di disadattamento sociale e relazionale dei soggetti con tale diagnosi.

La concomitante diminuzione dell'ansia è comprensibile se pensiamo che l'ansia altro non è che una risposta emotiva, che quando raggiunge livelli patologici è eccessiva e inadeguata allo stimolo. Una miglior capacità di esperire e manifestare emozioni potrebbe quindi determinare una riduzione della sintomatologia ansiosa. Per quanto riguarda i miglioramenti oggettivati a livello della disorganizzazione concettuale, e contenuto insolito del pensiero, tale dato supporta l'ipotesi che l'attività di canto proposta ha un potere riabilitativo sul benessere psicopatologico generale del soggetto, non solo quello correlato direttamente alle emozioni.

Abbiamo rilevato inoltre, come il miglioramento psicopatologico correli positivamente con il miglioramento della tecnica musicale. Questo supporta la tesi descritta nell'introduzione di come l'attività musicale produca modificazioni a livello del sistema vegetativo, agendo anche trasversalmente a livello dell'emotività.

Si è evidenziato inoltre come il gruppo di soggetti con diagnosi di Schizofrenia abbia un andamento di miglioramento tecnico musicale e dell'item emotività alla Q-LES significativamente diverso dai soggetti del gruppo con disturbo dell'umore.

Per quanto riguarda l'item Emozioni della scala Q-LES, il gruppo con diagnosi di Schizofrenia ha mostrato un miglioramento non lineare, in quanto si è evidenziato un peggioramento tra T0 e T1, a cui è seguito un miglioramento tra T1 e T2.

L'item Emozioni misura la soddisfazione e il piacere derivati dalle sensazioni soggettive (es sentirsi soddisfatto della propria vita, del proprio aspetto, delle proprie qualità tra cui sensazione di essere autonomi, capaci di prendere decisioni, di prendersi cura di se stessi...). È possibile ipotizzare che i soggetti con Disturbo Schizofrenico reagiscano inizialmente con un peggioramento della percezione delle proprie sensazioni soggettive perché la loro patologia li espone particolarmente a un ritiro relazione e emotivo, per cui un'attività espressiva come il canto faccia evidenziare almeno inizialmente tali difficoltà, che vengono superate dopo più tempo.

Tale particolare andamento della curva si è in realtà evidenziato anche per gli altri items della Q-LES, senza tuttavia raggiungere il livello di significatività statistica. Sarebbe interessante vedere se con un campione maggiore, tale andamento si evidenzi in modo significativo per tutti gli items della scala.

Per quanto riguarda l'andamento del miglioramento tecnico musicale, si è evidenziato come i soggetti con Disturbi Schizofrenici abbiano un miglioramento inizialmente più lento. Tale risultato potrebbe essere connesso alla generale maggior compromissione cognitiva dei soggetti con Disturbo Schizofrenico.

La mancata osservazione di un miglioramento soggettivo valutato tramite la Q-LES come invece ipotizzato all'inizio dello studio – eccetto che per i lavori domestici - potrebbe essere spiegabile dall'ipotesi che per evidenziare un miglioramento in tale senso sia necessario un monitoraggio più lungo nel tempo, soprattutto avendo considerato soggetti gravemente compromessi sul piano sociale e relazionale, con quindi scarse capacità di nuovi adattamenti in tempi brevi. Sarebbe interessante monitorare l'andamento di tale misurazione lungo un tempo maggiore, di anni.

CONCLUSIONI

In conclusione, possiamo affermare l'attività musicale strutturata, in gruppo, è uno strumento riabilitativo di tipo espressivo con buone potenzialità terapeutiche e facilmente realizzabile in un centro diurno. Nella nostra esperienza al miglioramento della tecnica musicale si è accompagnato un miglioramento sintomatologico e della qualità della vita dei pazienti che vi hanno partecipato per almeno sei mesi. Attraverso l'apprendimento delle tecniche canore i partecipanti hanno appreso delle capacità ad esperire e trasmettere i propri vissuti emotivi. Alcune differenze sia nell'apprendimento della tecnica musicale che nell'andamento delle emozioni e della sintomatologia nel periodo considerato sono state

rilevate in rapporto alla diagnosi. Nei pazienti con diagnosi di schizofrenia gli andamenti dell'apprendimento musicale e del miglioramento sintomatologico e risultato più lento. È nostra intenzione proseguire l'osservazione del campione con ulteriori valutazioni a distanza di uno o due anni dall'inizio della partecipazione al gruppo canto.

Afferenza degli autori

* *DSMD ASST Monza*

Bibliografia

1. Aalbers S., Fusar-Poli L., Freeman, Ruth E., Spreen, M., Ket, J.C.F., Vink A.C. et al., *Music therapy for depression*. In: The Cochrane database of systematic reviews, 11, 2017, CD004517. DOI: 10.1002/14651858.CD004517.pub3.
2. Deldar Morad A., Alhakem M., Saadi S., Rasoul Sabri P., *Effects of music as an adjunctive therapy on severity of symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder: Randomized controlled trial*. In: Nordic Journal of Music Therapy n. 1, 28, 2019, pp. 27–40. DOI: 10.1080/08098131.2018.1546222.
3. Bibb J., Castle D., Newton R., *The role of music therapy in reducing post meal related anxiety for patients with anorexia nervosa*. In: Journal of Eating Disorders, 3, 2015 DOI: 10.1186/s40337-015-0088-5.
4. Biondi M., Maj M., *DSM-5®. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. 5. ed. Milano, R. Cortina, 2014.
5. Carr C.; Odell-Miller H., Priebe S., *A systematic review of music therapy practice and outcomes with acute adult psychiatric in-patients*. In: PloS one n. 8, 8, e70252, 2013. DOI: 10.1371/journal.pone.0070252.
6. Fancourt D., (2017): Oxford University Press (1).
7. Fancourt D.; Perkins R., Ascenso S., Carvalho L.A., Steptoe A., Williamon A., *Effects of Group Drumming Interventions on Anxiety, Depression, Social Resilience and Inflammatory Immune Response among Mental Health Service Users*. In: PloS one n. 3, 11, e0151136, 2016. DOI: 10.1371/journal.pone.0151136.
8. Fancourt D., Finn S., *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review* HEALTH EVIDENCE NETWORK SYNTHESIS REPORT 67 WHO, 2019.
9. Gold C., Solli, Hans P., Krüger V., Lie, Stein A., *Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: systematic review and meta-analysis*. In: Clinical psychology review n. 3, 29, 2009, pp. 193–207. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.01.001.
10. Juslin, Patrik N. (2013): From everyday emotions to aesthetic emotions: towards a unified theory of musical emotions. In: Physics of life reviews n. 3, 10, pp. 235–266. DOI: 10.1016/j.plrev.2013.05.008.
11. Landis-Shack N., Heinz A.J., Bonn-Miller M.O., Music Therapy for Posttraumatic Stress in Adults: A Theoretical Review. In: Psychomusicology n. 4, 27, 2017, pp. 334–342. DOI: 10.1037/pmu0000192.
12. Lazarov A., Pine D.S., Bar-Haim Y., *Gaze-Contingent Music Reward Therapy for Social Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Trial*. In: The American journal of psychiatry n. 7, 174, 2017, pp. 649–656. DOI: 10.1176/appi.ajp.2016.16080894.
13. Lin S.T., Yang P., Lai C., Su Y., Yeh, Y.H., Mei-Feng, Chen, Cheng-Chung *Mental health implications of music: insight from neuroscientific and clinical studies.* In: Harvard review of psychiatry n. 1, 19, 2011, pp. 34–46. DOI: 10.3109/10673229.2011.549769.
14. Müller W., Haffelder G., Schlotmann A., Schaefers A. T.U., Teuchert-Noodt G., *Amelaioration of psychiatric symptoms through exposure to music individually adapted to brain rhythm disorders - a randomised clinical trial on the basis of fundamental research*. In: Cognitive neuropsychiatry n. 5, 19, 2014, pp. 399–413. DOI: 10.1080/13546805.2013.879054.
15. Pearce E., Launay J., Dunbar R. I.M., *The ice-breaker effect: singing mediates fast social bonding*. In: Royal Society open science n. 10, 2, 2015, p. 150221. DOI: 10.1098/rsos.150221.
16. Peretz, Isabelle; Zatorre, Robert J. (2005): Brain organization for music processing. In: Annual review of psychology, 56, pp. 89–114. DOI: 10.1146/annurev.psych.56.091103.070225.
17. Silverman M. J., *The influence of music on the symptoms of psychosis: a meta-analysis*. In: Journal of music therapy n. 1, 40, 2013, pp. 27–40. DOI: 10.1093/jmt/40.1.27.
18. Volpe U., Gianoglio C., Autiero L., Marino M. L., Facchini D., Mucci A., Galderisi S., *Acute Effects of Music Therapy in Subjects With Psychosis During Inpatient Treatment*. In: Psychiatry n. 3, 81, 2018, pp. 218–227. DOI: 10.1080/00332747.2018.1502559.
19. Zatorre R. J., Peretz I., *The cognitive neuroscience of music*. Oxford: Oxford University Press, 2003.

¡VAMOS!

Un progetto terapeutico-riabilitativo per una psichiatria oltre i confini

*Bianca Maria De Adamich *, Alberto Parabiaghi **

ABSTRACT

L'articolo presenta il progetto ¡VAMOS! in qualità di intervento terapeutico-riabilitativo che ha previsto la partecipazione concretamente attiva alla co-costruzione di viaggi all'estero da parte di un gruppo di utenti in ambito psichiatrico. Il progetto è stato realizzato durante l'arco di tre anni, in rete con servizi territoriali italiani ed esteri. Sono descritte l'impostazione teorico-metodologica e la realizzazione a livello clinico. Gli incoraggianti risultati, qualitativi e quantitativi, nonché la tenuta pluriennale del progetto, ne supportano il valore riabilitativo.

INTRODUZIONE

¡VAMOS! è nato a Milano presso il Centro Diurno "La Città del Sole" di Fondazione Aiutiamoli Onlus e ha coinvolto, tra il 2016 e il 2019, utenti e operatori provenienti da diversi servizi sul territorio milanese ed estero.

Finalità del progetto è la realizzazione di percorsi di co-costruzione di viaggi in Spagna, scegliendo varie destinazioni e mettendo in gioco le risorse di ciascuno e del gruppo per la concretizzazione delle esperienze di viaggio.

In un'ottica di promozione della salute che si focalizza sulle risorse e sulla resilienza degli utenti, sull'*empowerment* (Kieffer, 1984), in linea con un sistema di welfare che si concentri sui fattori protettivi anziché su quelli di rischio, il progetto intende la *recovery* (Carling et al., 1999) come un processo di cambiamento, un viaggio, che può avere un'importante risonanza a livello comunitario e porsi attivamente in contrasto allo stigma rispetto alla malattia mentale attraverso un impatto su utenti di altre realtà, altri servizi e altri territori (Basaglia, 2005).

Il progetto si è strutturato in tre capitoli, della durata di un anno ciascuno, lungo un *continuum* che ha permesso la realizzazione di tre viaggi in Spagna: a Barcellona nel 2017, a Siviglia e Granada nel 2018 e a Madrid nel 2019.

Il progetto è nato con una connotazione clinico-riabilitativa, ma, grazie alla realizzazione di un impianto valutativo quantitativo e longitudinale, può costituire uno spunto sperimentale in ambito psichiatrico.

OBIETTIVI DEL PROGETTO

1. A livello terapeutico-riabilitativo:
   - *Empowerment* e promozione di autonomia, autostima, autoefficacia, autodeterminazione;
   - Sviluppo e miglioramento delle *skills* organizzativo-decisionali, di pianificazione e di *problem solving*;
   - Promozione delle risorse socio-relazionali, comunicative e *peer to peer* degli utenti, attraverso il lavoro collaborativo di e in gruppo;
   - Maggiore stabilità relazionale e affettiva;
   - Conoscenza della lingua spagnola, che viene riattivata in contesti differenti e che può costituire un mezzo comunicativo utile ad interfacciarsi con persone straniere e ad esplorare nuovi luoghi;
   - Potenziamento delle capacità cognitive (plasticità cerebrale legata ai cambiamenti neurofunzionali connessi all'acquisizione di una nuova lingua), attentive e linguistiche;
   - Opportunità di ampliare i confini ambientali e viaggiare all'estero;
2. A livello sociale:
   - Ampliamento di reti formali e informali;
   - Acquisizione di uno spazio di cittadinanza attiva e potenziamento del senso di responsabilità sociale;
   - Promozione dell'inclusione sociale.
3. A livello statistico:
   - Realizzazione di un impianto di valutazione quantitativa longitudinale all'intero progetto.
4. A livello istituzionale:
   - Potenziamento della rete con i servizi di cura e scambio di buone prassi d'intervento tra servizi

pubblici e privati, nell'ottica di un intervento multidisciplinare, in Italia e in Spagna;
- Promozione delle risorse presenti sul territorio;
- *Recovery*, risonanza sociale e sensibilizzazione sui temi della salute mentale e dell'*empowerment* sociale, attraverso l'organizzazione di azioni sul territorio e la condivisione del progetto con la cittadinanza.

IMPOSTAZIONE TEORICO-METODOLOGICA E CLINICO-OPERATIVA

¡VAMOS! è stato realizzato tramite il gruppo di lavoro e l'équipe clinica di progetto. Il primo, formato da utenti, operatori, tirocinanti e familiari, ha avuto il compito di ideare, pianificare e realizzare in modo coeso e con responsabilità gruppale le azioni progettuali. L'équipe, formata dalla sottoscritta, psicologa con competenze educative, dal coordinatore del Centro Diurno e dagli operatori di Fondazione Aiutiamoli Onlus e dei servizi partner, si è occupata di monitorare l'andamento clinico-relazionale dei partecipanti, con un'attenzione al singolo e al gruppo, e di impostare l'impianto valutativo. L'intero percorso è stato frutto del lavoro congiunto di tutti i partecipanti.

La composizione del gruppo è variata nel corso degli anni, accogliendo nuovi utenti in carico al Centro Diurno o ai servizi partner e salutando alcuni altri partecipanti, con una fluidità che ha preservato la forte caratterizzazione gruppale del progetto, resa possibile anche dal ruolo degli utenti che hanno preso parte all'intero percorso. Il numero dei partecipanti è stato in media di otto utenti e tre operatori per ciascun viaggio.

Operativamente, ciascun capitolo di progetto ha previsto una serie di azioni organizzative. Il gruppo ha frequentato settimanalmente il Laboratorio di apprendimento della lingua spagnola, che è stato luogo in cui sperimentarsi attraverso un *medium* comunicativo-espressivo originale, con le medesime risorse e fatiche. Tramite un contesto positivo e *peer to peer*, i partecipanti sono progressivamente giunti a presentare al gruppo delle lezioni preparate in autonomia.

Parallelamente, i partecipanti hanno preso parte al gruppo di lavoro, durante il quale si è lavorato sulle varie azioni progettuali (acquisto di biglietti aerei, mezzi di trasporto, alloggi, luoghi culturali, pianificazione dell'itinerario, individuazione di enti e servizi).

In linea con l'ottica di responsabilizzazione, ciascun partecipante ha contribuito attivamente anche a livello economico, versando una quota di viaggio, supportati da familiari e Amministratori di Sostegno.

Infine, il progetto ha previsto l'implementazione di un percorso di autofinanziamento, attraverso la realizzazione di varie raccolte fondi ospitate da enti territoriali; durante l'ultimo anno, il gruppo di utenti ha realizzato due eventi di autofinanziamento in completa autonomia.

FASI DI REALIZZAZIONE

Ogni capitolo del progetto si è articolato in specifiche azioni progettuali, organizzative e operative, che sono state realizzate con il supporto di un'attenta valutazione clinica:

1. Azioni preliminari:
   - Selezione dell'équipe di progetto;
   - Costituzione del gruppo dei destinatari con inclusione di nuovi partecipanti;
   - Scelta gruppale della meta di viaggio.
2. Formazione e progettazione esecutiva:
   - Formazione sulla metodologia di lavoro;
   - Lavoro di gruppo sulle azioni progettuali;
   - Ideazione e pianificazione di un percorso di autofinanziamento.
3. Attuazione:
   - Laboratorio di relazione in lingua spagnola;
   - Gruppo di lavoro organizzativo;
   - Realizzazione di raccolte fondi per l'autofinanziamento, con coinvolgimento del territorio, di cui alcune in autonomia;
   - Viaggi all'estero;
   - Creazione di una rete con servizi di salute mentale ed enti territoriali in Italia e in Spagna;

- Reportage fotografico in viaggio e creazione di un diario di bordo di gruppo;
- Rielaborazione e significazione dell'esperienza di viaggio e dell'intero percorso.

4. Restituzione:
   - Produzione di un report descrittivo del percorso, arricchito con i contenuti del diario di bordo, con le riflessioni del gruppo e con il materiale illustrativo, che è stato condiviso con i servizi di cura e con ATS Milano Città Metropolitana;
   - Condivisione con la cittadinanza;
   - Gestione, da parte del gruppo, di alcuni incontri di "formazione" a terzi in merito all'esperienza acquisita di co-costruzione di viaggi.
5. Monitoraggio e valutazione:
   - Riunioni équipe di progetto e supervisione;
   - Riunioni gruppo di lavoro;
   - Incontro precedente al viaggio con i familiari dei partecipanti;
   - Verifica delle terapie farmacologiche con l'infermiere;
   - Realizzazione di una valutazione longitudinale di natura quantitativa.

PARTNER NAZIONALI E INTERNAZIONALI

¡VAMOS! si caratterizza come progetto trasversale a diversi servizi pubblici e privati; il progetto ha infatti beneficiato della partnership istituzionale di vari servizi ed enti, quali ASST Santi Paolo e Carlo e ASST Fatebenefratelli Sacco di Milano, Casa de España a Milano, Municipio 1 del Comune di Milano e, a livello internazionale, il Centro de Rehabilitación Psicosocial Arturo Soria di Hermanas Hospitalarias a Madrid. Inoltre, diverse figure territoriali hanno ospitato le raccolte fondi volte all'autofinanziamento e ciò ha messo il gruppo in diretto contatto con il territorio e con la cittadinanza.

Il progetto ha dunque previsto la condivisione con il territorio italiano ed estero e quindi con i diversi servizi, privati e pubblici, che si occupano di salute mentale o anche che appartengono ad altri ambiti, in una concreta esperienza di scambio e confronto.

I VIAGGI E LA COLLABORAZIONE INTERNAZIONALE

I viaggi presso le città di Barcellona, Siviglia, Granada e Madrid hanno avuto una durata di cinque giorni. Il gruppo ha utilizzato il trasporto aereo e ha alloggiato presso alcuni ostelli selezionati dai partecipanti.

Durante il percorso, gli utenti si sono attivati progressivamente, prendendo iniziativa e scoprendosi attivi e responsabili. Il coronamento del percorso è costituito dal viaggio, che è certamente un'esperienza stimolante sotto molti punti di vista. Ciascun partecipante ha gestito autonomamente la propria documentazione e le proprie terapie farmacologiche (previo incontro di controllo ad hoc con l'infermiere del Centro Diurno). La puntualità e la capacità di attivarsi sono state incoraggiate e stimolate, ma spesso sono sorte in modo naturale come indici di responsabilità.

Con l'avanzare del progetto, è stato evidente a livello qualitativo un miglioramento nella gestione delle tempistiche e degli spostamenti (tra cui i voli aerei), della cura di sé, dell'organizzazione relativa all'assunzione delle terapie farmacologiche, delle interazioni tra i partecipanti.

La possibilità di essere agenti attivi nel realizzare quanto programmato è al contempo autonomizzante e mezzo di crescita. Sperimentarsi nella comunicazione in lingua straniera, condurre il gruppo fino a una meta, organizzare i propri tempi e interagire all'interno di un gruppo, va di pari passo con l'idea di una cittadinanza attiva.

Particolarmente arricchente è stata la recente collaborazione con un servizio di Madrid, dedicato all'attività psicosociale nell'ambito della salute mentale: il Centro di Riabilitazione Psicosociale Arturo Soria dell'ente Hermanas Hospitalarias, nostro partner di progetto. Il gruppo ha avuto occasione di conoscere il centro e incontrare utenti e operatori, in uno scambio ricco di significato, sia dal punto di vista istituzionale, come op-

portunità di estensione degli orizzonti teorici e operativi che potrà sfociare in future collaborazioni internazionali, sia (e soprattutto) da un punto di vista personale, nella direzione di un arricchimento delle reti sociali e culturali.

Al rientro dai viaggi, si è lavorato sulla significazione dei vissuti emotivi di ciascuno; tale lavoro ha costituito parte integrante del progetto, in quanto ha permesso un'elaborazione, che ha condotto alla richiesta da parte del gruppo di proseguire, di anno in anno, il progetto.

La condivisione con la cittadinanza si colloca nel suddetto percorso di elaborazione ed è volta ad accrescere la risonanza sociale di un progetto autonomizzante come ¡VAMOS! e ad accrescere la sensibilizzazione sul tema della salute mentale.

RISULTATI

¡VAMOS! ha avuto e, in una prospettiva di lungo termine, continua ad avere, risultati positivi e incoraggianti dal punto di vista clinico e sociale.

Sono quindi stati raggiunti gli obiettivi del progetto e gli esiti sono descrivibili sia dal punto di vista quantitativo, sia da quello qualitativo.

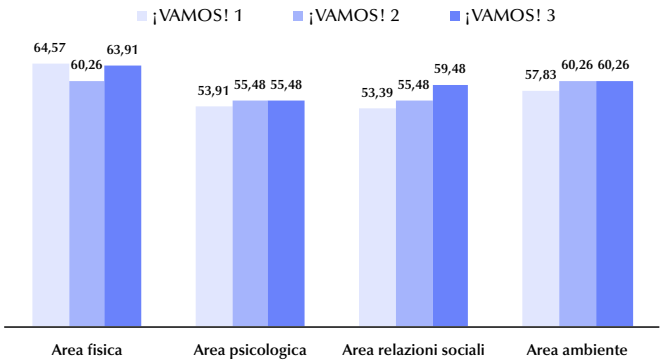
La misurazione quantitativa

La valutazione quantitativa si è avvalsa dello strumento di misurazione *World Health Organization Quality of Life-BREF*, sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e validato nella versione italiana, al fine di valutare il costrutto di Qualità della Vita, intesa come concetto multidimensionale che è declinato in salute fisica, area psicologica, relazioni sociali e ambiente (The WHOQOL Group, 1998; de Girolamo et al., 2000).

La valutazione longitudinale ha previsto, per ogni anno, tre autosomministrazioni: ex ante a inizio progetto, in itinere e ex post al rientro dal viaggio. I risultati, ottenuti tramite le procedure di scoring indicate dal manuale (World Health Organization, 1996), si riferiscono al numero dei partecipanti ai tre capitoli di progetto, ovvero nove per il primo capitolo di progetto, otto per il secondo e sei per il terzo.

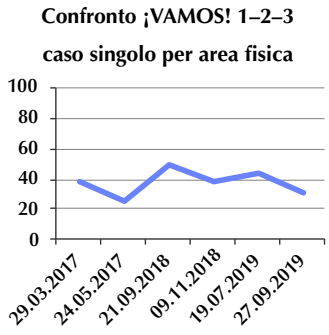
Sono state effettuate due valutazioni:

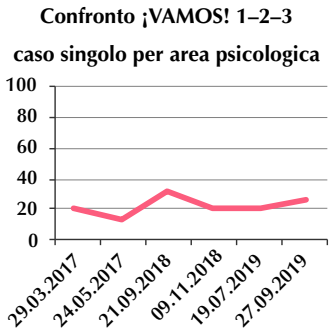
a) una valutazione è relativa all'andamento della percezione della qualità della vita da parte di 20 soggetti, declinata nelle quattro aree che lo strumento si propone di valutare, considerando tutte le somministrazioni effettuate in modo longitudinale da inizio a fine progetto.

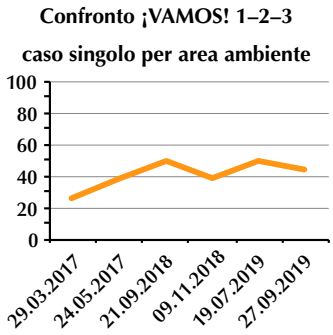


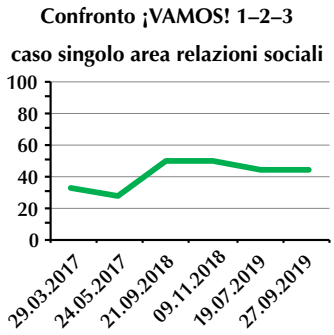
Non ritenendo appropriata un'analisi statistica dei risultati, vista la scarsa numerosità del campione e il contesto non controllato delle osservazioni, abbiamo scelto di considerare come clinicamente significativo un aumento o una diminuzione medi di almeno 5 punti (5%). L'osservazione dei risultati mostra quindi una buona stabilità nelle aree "Fisica", "Psicologica" e "Ambiente". Si riscontra invece un miglioramento clinicamente rilevante nell'area "Relazioni sociali". Ciò avvalora il lavoro svolto durante il progetto sulle dinamiche gruppali, sulla responsabilizzazione e sulla partecipazione attiva, sulle risorse socio-relazionali e *peer to peer*, nonché sull'appropriazione, da parte di ciascuno, del lavoro di gruppo.

b) una seconda valutazione ha preso in considerazione l'andamento longitudinale della percezione della qualità della vita (declinata nelle quattro aree) da parte di un soggetto, che è stato l'unico a prendere parte a tutti e tre i viaggi all'estero (altri hanno partecipato ad uno o a due viaggi). Abbiamo considerato, per lo stesso soggetto, 6 valutazioni, quella in itinere e quella ex post di ciascun anno.









L'analisi visiva di questi grafici conferma il dato e le considerazioni relativi ad un miglioramento dell'area "Relazioni sociali" tra il primo anno (2017) e i due seguenti (2018, 2019) e ad una sostanziale stabilità dei punteggi relativi alle altre tre aree.

Tali dati quantitativi arricchiscono la valutazione clinica dei risultati e ne confermano il valore attraverso uno strumento standardizzato. Possiamo dunque ipotizzare che affrontare la cura in modo innovativo e forse non convenzionale, incentivando una partecipazione attiva e una forte collaborazione, attraverso un intervento quale quello presentato, possa favorire tale miglioramento nelle relazioni sociali.

La valutazione qualitativa

I risultati sopra descritti sono confermati a livello qualitativo dalle osservazioni cliniche dell'équipe di lavoro, degli operatori di riferimento e dei servizi con cui il progetto è in rete. Sono descritte sinteticamente alcune considerazioni.

Tutti i partecipanti, utenti, operatori, tirocinanti, collaboratori e partner hanno messo in campo notevoli risorse (fisiche, cognitive, linguistiche, comunicative), nel contesto di una ricchezza relazionale e di un'integrazione tra persone provenienti da differenti esperienze e servizi e di età diverse. All'interno di un clima cooperativo e incoraggiante, il gruppo ha dimostrato una coraggiosa spinta alla scoperta e un'apertura alla novità.

In contrasto a una logica di utenza passiva che attende soluzioni istituzionali assistenzialistiche, il progetto sostiene e favorisce la capacità degli utenti di rispettare i programmi stabiliti dal gruppo, di relazionarsi positivamente, di utilizzare le proprie competenze anche per gli altri: ciò comporta il potenziamento del protagonismo degli utenti, del loro ruolo di cittadini responsabili e della consapevolezza delle proprie capacità.

Affrontare un percorso comune e realizzare l'esperienza concreta e ambiziosa di viaggiare all'estero, anche attraverso l'impegno nella realizzazione di raccolte fondi, genera certamente un vissuto di autoefficacia e di appartenenza.

Le reti sociali hanno avuto modo di ampliarsi e gli utenti hanno portato le occasioni di socializzazione anche al di fuori del Centro Diurno, incontrandosi periodicamente di loro spontanea iniziativa.

Beneficiari del progetto possono essere stati anche i familiari degli utenti e la cittadinanza. In contrasto all'isolamento di cui spesso soffrono i pazienti, il progetto ha valorizzato l'inclusione sociale attraverso la creazione di nuove reti formali e informali e la possibilità di interfacciarsi con nuovi interlocutori.

Risulta centrale la possibilità che ognuno, acquisendo risorse, diventi una risorsa per gli altri, per *fare insieme*. "La *recovery* non è qualcosa da raggiungere quanto soprattutto un viaggio, un processo complesso e non lineare, di cambiamento, un'esperienza di crescita oltre la malattia" (Serrano, 2013).

Su tale piano s'inserisce anche la dimensione istituzionale e comunitaria, che ha favorito la condivisione sul territorio del nostro progetto; in proposito, si ricordano: l'organizzazione di due eventi di presentazione dei viaggi presso Casa de España Milán (2017 e 2018); la partecipazione al convegno "Il giro d'Italia 2017 – Le parole

lasciano spazio ai fatti" a Palazzo Marino a Milano; l'incontro con il Centro di Riabilitazione Psicosociale a Madrid; la presentazione del progetto ¡VAMOS! alla Giornata Mondiale della Salute Mentale 2019.

CONCLUSIONI

Il lavoro relazionale, gruppale e istituzionale, in un contesto tipicamente caratterizzato da cronicità, è un lento processo, che può essere portato avanti passo dopo passo, viaggio dopo viaggio. Siamo e vogliamo stare in movimento, dinamici, nei luoghi e nelle relazioni.

Il progetto ¡VAMOS! si caratterizza come un lavoro riabilitativo a lungo termine, di grande impatto relazionale per i partecipanti e le loro reti sociali. Inoltre, offrendo un'opportunità di partecipazione attiva ed energica, ha contrastato l'isolamento sociale di cui spesso gli utenti soffrono.

Le risorse messe in campo da ciascun partecipante al progetto, da chi ha sostenuto il nostro percorso e da chi è stato curioso di ascoltarlo, possono essere piccole finestre sul mondo dell'autonomia.

In conclusione, il supporto degli ottimi risultati, specialmente di natura quantitativa, può qualificare il progetto ¡VAMOS! come esempio operativo di promozione dell'*empowerment* individuale e sociale e può quindi suggerire un tale metodo di intervento come promotore di benessere.

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano tutti i partner del progetto: ASST Fatebenefratelli Sacco, ASST Santi Paolo e Carlo, Casa de España Milán, Municipio 1 del Comune di Milano, Associazione Aiutiamoli ODV, Hermanas Hospitalarias.

Si ringraziano l'équipe del Centro Diurno "La Città del Sole", gli enti che ci hanno ospitato sul territorio, i familiari degli utenti, tutti i partecipanti e, in particolare, Nicola Taviano, Livio Pizzoni, Carlo Scovino, Giuseppina Mastro e Zaida Murias Cadavid.

Un ringraziamento particolare a Unione delle chiese metodiste e valdesi per l'importante finanziamento al progetto.

Afferenza degli autori:

* *Fondazione Aiutiamoli Onlus, C.so di Porta Romana 116, 20122 Milano*

Corrispondenza a:

mail bianca.deadamich@gmail.com

T. 02 39.44.80.34

Bibliografia

1. Kieffer C.H., *Citizen empowerment: A developmental perspective*. Journal of Prevention & Intervention in the Community, 3 (2-3): 9-36, 1984.
2. Carling P., Allott P., Smith M., & Coleman R., *Helping to Articulate the Direction of the Mental Health System of the Future: Directional paper 3: Principles of Recovery*. International Mental Health Network for the West Midlands Partnership for Mental Health, 1999.
3. Basaglia F., *L'utopia della realtà*, a cura di Ongaro Basaglia F., Torino, Einaudi, 2005.
4. The WHOQOL Group, *Development of the WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment*. Psychological Medicine, 28: 551-558, 1998.
5. de Girolamo G. et al., *La valutazione della qualità della vita: validazione del WHOQOL-BREVE*. Centro Italiano collaborativo progetto WHOQOL, 2000.
6. World Health Organization, *WHOQOL-BREF. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*, Geneva, 1996.
7. Serrano M., *Recovery. Una nuova frontiera per il concetto di salute mentale*, saluteinternazionale.info, 2013.

Impatto di COVID-19 sui servizi psichiatrici d'urgenza

L'esperienza milanese del Fatebenefratelli-Sacco

*Filippo Dragogna *, Stefania Russo °, Claudio Mencacci **

Quanto accaduto nel mondo da gennaio ad oggi e quanto accadrà nei mesi ed anni a venire ha certamente cambiato le nostre vite, la nostra socialità, le attività lavorative e le abitudini di tutti i giorni. Maggiormente gravati da questi eventi sono stati certamente i sistemi sanitari dei diversi paesi coinvolti che hanno trovato, o forse è meglio dire cercato di trovare, le risposte più efficaci a contenere la pandemia da Covid-19.

Il virus non ha solo impatto sull'apparato respiratorio, le conseguenze psichiche e mentali della pandemia sono serie, multiformi e globali. La paura del contagio, il lutto e l'ansia per i propri cari, la solitudine e l'isolamento, il timore di crisi economica, sono solo alcuni degli effetti collaterali del COVID-19. E ciò è solo parte di quanto accaduto e sta tuttora accadendo nella popolazione generale dei paesi maggiormente colpiti. Si rincorrono infatti le evidenze degli effetti del virus sulla popolazione di pazienti psichiatrici; i report delle ultime settimane raccontano di peggioramento delle preesistenti patologie, incremento dell'ansia e dell'insonnia, ricadute nei pazienti dipendenti da sostanze, spesso associate alla chiusura o al ridimensionamento dei servizi territoriali e delle comunità (Unutzer et al., 2020). In Europa alcuni osservano un aumento ed una peculiarità clinica di casi di psicosi reattive, evidentemente legate allo stato di paura diffusa ed isolamento (Valdes-Florido et al., 2020), altri riportano le conseguenze della chiusura o della riduzione dell'assistenza psichiatrica (De Girolamo et al., 2020).

L'Italia sta pagando uno dei più gravi tributi a livello mondiale, in termini di morti e di contagi. Ciò che emerge da una survey ancora non pubblicata circa l'impatto sui servizi italiani di salute mentale evidenzia la riduzione ingente dell'attività di day hospital e centri diurni (75 ed 85% rispettivamente dei servizi chiusi), la riduzione del numero dei ricoveri nella stragrande maggioranza dei servizi interpellati (circa 87% degli SPDC italiani); solo l'8% degli SPDC segnala invece un aumento del numero di TSO. Solo il 14% degli ambulatori territoriali è stato chiuso e circa il 25% ha ridotto le ore di accesso, rivedendo complessivamente le modalità di vista del paziente, garantendo urgenze e somministrazione di LAI ma privilegiando la telepsichiatria quando possibile (Carpiniello & SIP, comunicazione privata).

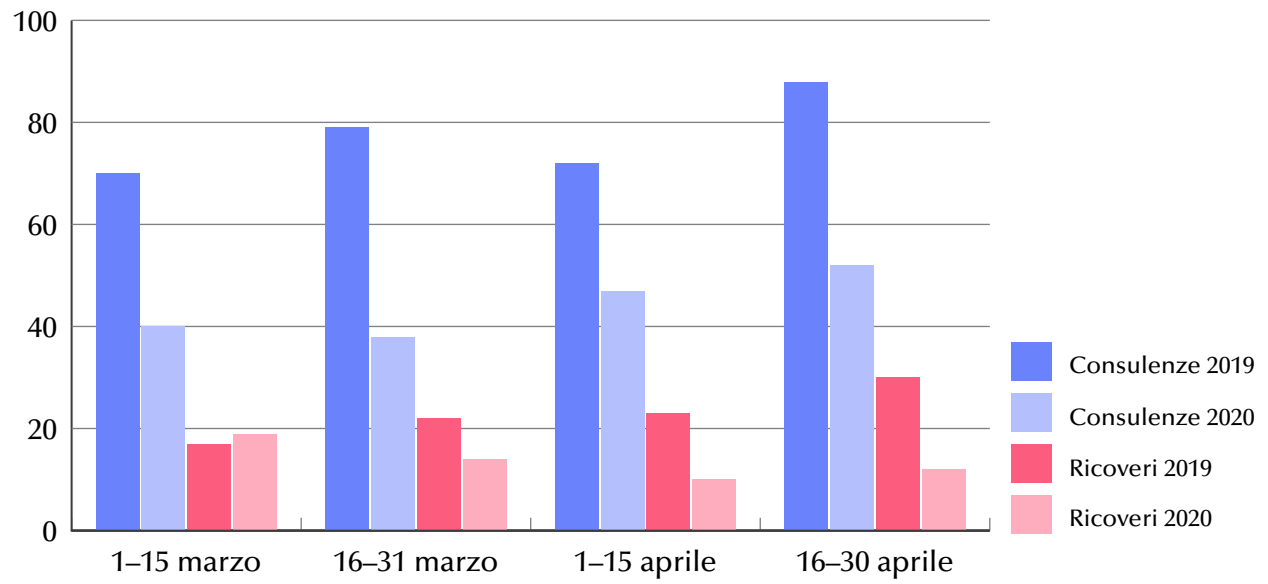
Focalizzandoci su quanto relativo alla psichiatria ed ai suoi pazienti, risulta interessante comprendere le dinamiche di ciò che è accaduto, le risposte del sistema e l'impatto sulla popolazione dei nostri utenti. Cosa sappiamo dell'impatto psichico della pandemia a livello mondiale? In Cina, si è osservato un incremento dei tassi di depressione ed ansia negli operatori sanitari, soprattutto in quelli di prima linea (Lai et al., 2020); negli USA, un aumento dello stress e dell'utilizzo di sostanze nei pazienti psichiatrici, verosimilmente in risposta alla latitanza delle strutture territoriali o comunque dei punti cardine del progetto di cura (Unutzer et al., 2020).

Il dato italiano riportato, così come quello lombardo, forniscono informazioni su contesti eterogenei, spesso rurali, o comunque di setting con densità di popolazione non elevata e scarsamente urbanizzata. Il dato metropolitano di Milano è pertanto assai utile nel delineare l'impatto della pandemia in un ambiente altamente urbanizzato, densamente popolato ma caratterizzato da minor coesione sociale rispetto a contesti più provinciali. Scendendo ancor più nello specifico, il report è relativo ad una vasta area di Milano, comprendente sia aree centrali e borghesi che zone più periferiche e popolari, su un bacino complessivo di popolazione di circa 280.000 abitanti. La nostra Azienda, ASST Fatebenefratelli-Sacco, è stata nell'occhio del ciclone della pandemia fin dai primi giorni, stante la vocazione infettivologica del

Tabella 1

	T1 – MARZO 1-15		T2 – MARZO 16-31		T3 – APRILE 1-15		T4 – APRILE 16-30	
	2019	**2020**	**2019**	**2020**	**2019**	**2020**	**2019**	**2020**
Totale consulenze psichiatriche PS	70	40	79	38	72	47	88	52
Riduzione %	42%		51%		34%		40%	
Ricoveri Psichiatria	17	19	23	15	24	10	30	12
Variazione % ricoveri	+11%		-34.7%		-58.3%		-60%	
Rapporto consulenze-ricoveri	24%	47.5%	29%	39.4%	33.3%	21.2%	34%	23%
Ricoveri in TSO	Dato mensile complessivo		7	8	Dato mensile complessivo		7	7
DIAGNOSI ALLA DIMISSIONE DA PS								
– Depressione	6 (8,5)	5 (12,5)	9 (11,3)	2 (5,2)	5 (6,9)	4 (8,5)	6 (6,8)	8 (15,2)
– Psicosi/SKZ	10 (14,2)	3 (7,5)	18 (22.8)	15 (39,4)	15 (20,8)	11 (23,4)	26 (29,5)	15 (28,8)
– DDP	17 (24.2)	9 (22,5)	21 (26,5)	6 (15,8)	25 (34,7)	6 (12,7)	12 (13,6)	11 (21,1)
– Dist. Ansia	14 (20)	3 (7,5)	11 (14)	5 (13,1)	8 (11,1)	6 (12,7)	16 (18,2)	5 (9,6)
– Bipolare	8 (11,4)	4 (10)	3 (3,8)	4 (10,4)	4 (5,5)	3 (6,3)	8 (9,1)	0 (0)
– DGN Organica	4 (5,7)	5 (12,5)	3 (3,8)	4 (10,4)	4 (5,55)	5 (10,6)	4 (4,6)	3 (5,7)
– Altra DGN psichiatrica	11 (15.7%)	6 (17.4%)	14 (17.7%)	2 (5,2%)	11 (15,2%)	12 (25,5%)	16 (18,2%)	10 (19,2%)
Utiizzo sostanze	15	17	22	12	27	7	28	16
% su totale visite	21.4%	42%	27,8%	31.5%	37,5%	14.9%	31.8%	30.7&
Pazienti non noti	19	10	15	9	16	15	24	7
% pz non noti	27,1	25%	19%	23.6%	22.2%	31.9%	27.3%	13.4%
Accessi PS generale	3950	1692	4016	1035	3838	1117	3614	1300
% riduzione accessi PS	58%		75%		71%		64%	
% cons psichiatriche	1,77%	2,3%	1,96%	3,6%	1,87%	4,20%	2,43%	4%

Figura 1 – andamento consulenze-ricoveri



presidio Sacco che naturalmente si è riflessa sul Presidio Fatebenefratelli, cui si riferiscono i dati ed il cui Pronto Soccorso risulta essere uno dei più frequentati dell'area metropolitana.

Abbiamo pertanto proceduto ad un confronto fra i dati dei mesi di marzo e aprile 2020 con quelli dello stesso periodo del 2019. Considerando la velocità con cui le ordinanze di restrizione e le notizie di allargamento del contagio si sono rincorse nei mesi di marzo e aprile 2020, si è ritenuto opportuno effettuare una ulteriore suddivisione dei periodi di analisi, riducendo lo span temporale alle due settimane.

L'osservazione è stata effettuata sui dati relativi alle consulenze di Pronto Soccorso dell'ospedale Fatebenefratelli-Sacco di Milano, Presidio Fatebenefratelli e sul SPDC ad esso connesso. Sono stati valutati tipologie di accesso, TSO, diagnosi alla dimissione, presenza di tentato suicidio, esito della consulenza (ricovero in SPDC, invio in altro reparto, dimissione al domicilio) precedenti contatti con i servizi specialistici psichiatrici, abuso di sostanze concomitante (vedi *Tabella 1*). Per evitare eccessive generalizzazioni della diagnosi alla dimissione dovuta alla rigidità del software di gestione di PS, si è provveduto ad analizzare nel dettaglio le consulenze effettuate. Le diagnosi sono state raggruppate nelle seguenti categorie: psicosi croniche/schizofrenia, depressione unipolare, disturbo bipolare, disturbi d'ansia, disturbi di personalità, altra diagnosi psichiatrica, condizioni organiche. All'interno della categoria "altra diagnosi psichiatrica" abbiamo incluso DCA, Asperger, anomalie comportamentali in ritardo mentale.

Le condizioni "organiche" consistevano sostanzialmente in casi di anziani con decadimento cognitivo e condizioni fisiche compromesse. Non sono stati considerati come tentati suicidi gli utilizzi incongrui di farmaci.

Dall'analisi dei dati l'aspetto più evidente e chiaro è quello relativo alla riduzione drastica del numero di consulenze psichiatriche effettuate in Pronto Soccorso. Rispetto al 2019, la riduzione è stata del 42% nella prima metà di marzo (nonostante il provvedimento di lockdown risalga al 9 marzo 2020), del 51% nella seconda metà di marzo, e rispettivamente del 34 e del 40% nella prima e seconda metà di aprile (*fig.1*). Esprimendo il calo in numeri grezzi, si parla di 149 consulenze nel marzo 2019 e di solo 78 nel marzo 2020. Il dato di aprile è analogo, 160 consulenze nel 2019, 99 durante la quarantena.

Il numero di consulenze psichiatriche eseguite in PS va rapportato con i numeri degli accessi al PS generalista dove la riduzione è stata drammatica: 58% degli accessi in meno a T1, 75% a T2, 71 e 64% a T3 e T4. Per comprendere la magnitudine della riduzione basti indicare il numero grezzo di accessi totali, per esempio a T2, nel 2019 e nel 2020: 4016 vs 1035. La percentuale di consulenze psichiatriche sul totale degli accessi, oscillante fra 1,77 e 2,43% nel 2019 mostra invece un aumento nel 2020, assestandosi fra 2,3 e 4,2%.

Traiettoria simile hanno seguito i ricoveri in SPDC, con una flessione del 34% nella seconda metà di marzo, del 58% e del 60% nel mese di aprile (I e II metà)(*fig.1*).

L'andamento dei ricoveri, tuttavia, rispecchia non solo la reale richiesta del Territorio e del Pronto Soccorso, ma anche un altro aspetto della pandemia, ovvero le limitazioni dovute alla complessità di gestione dei flussi *pulito-sporco*, della gestione dell'isolamento e dei tamponi eseguiti all'ingresso.

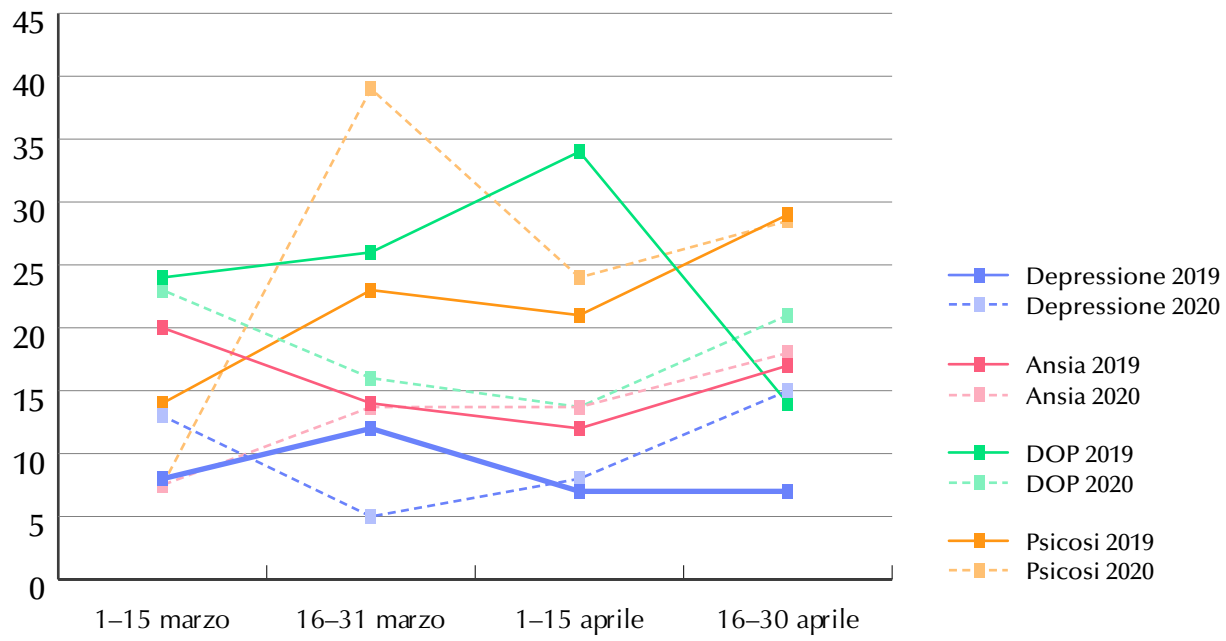
L'SPDC Fatebenefratelli, per sue proprie peculiarità strutturali (ad esempio presenza di bagno in comune), è stato necessariamente designato come SPDC *pulito*, COVID free.

Nell'impossibilità materiale di garantire ciò al momento dell'ingresso in reparto, si è provveduto ad instaurare una zona di isolamento temporanea dove far permanere i pazienti, dal momento del ricovero fino all'esito del tampone.

Ciò ha quindi comportato la necessità di riduzione dei posti letto per variate esigenze infermieristiche, per riduzione del numero fisico dei letti e per l'imbuto che andava a crearsi sui pazienti provenienti dal PS.

Un'analisi più approfondita sulla qualità delle visite in PS, rispetto al mero dato numerico, ci mostra un andamento divergente fra le diverse categorie diagnostiche e variabile fra T1, T2, T3 e T4. In particolare, il periodo T2-T3, corrispondente alla fase della maggior chiusura, della paura dei contagi, dell'aumento dei morti, dell'esercito che trasportava le bare delle vittime del COVID, è anche caratterizzato da un notevole aumento percentuale delle diagnosi di psicosi nelle (poche) consulenze effettuate in PS e da una parallela riduzione percentuale degli accessi per disturbo di personalità e depressione. Il dato grafico (fig.2) è lampante e più evocativo dei dati numerici. La frazione di pazienti psicotici mostra un incremento percentuale

Figura 2 – variazione accesso al PS per categoria diagnostica



per la concomitante netta riduzione degli altri accessi, ma il numero grezzo risulta sostanzialmente invariato o solo lievemente diminuito.

I dati di T4 (periodo 15-30 aprile) vedono invece un riavvicinarsi dei dati a valori simili a quelli del 2019, in particolare vi è la "ricomparsa" in PS dei disturbi di personalità, il ritorno su percentuali più usuali della frazione di pazienti affetti da psicosi e il riallineamento della frequenza delle altre diagnosi, sempre al netto di una globale riduzione dei numeri complessivi. Il dato circa i disturbi bipolari non è invece citato per l'assenza di particolari fluttuazioni e per numeri complessivamente esigui.

Non si sono invece osservate variazioni significative nel numero di tentativi suicidari, i cui numeri risultavano esigui sia nel 2019 che nel 2020 e dunque non indicativi. Altrettanto si può affermare circa la prevalenza di abuso di sostanze nei casi valutati dallo psichiatra: le percentuali di pazienti con concomitante abuso di sostanze non sembrano seguire alcuna traiettoria significativa, mostrando variazioni rilevanti nei diversi frame di analisi, senza però particolari correlazioni con il lockdown.

Il timore per l'aumento dei contagi ed il conseguente allarme sociale globale sono, quindi giunti forti e chiari anche alla grande maggioranza dei nostri pazienti, che hanno mostrato rispetto delle misure di quarantena e delle norme di sanità pubblica imposte, comportandosi come il resto della cittadinanza. Sembra quindi che la "paura" abbia nettamente prevalso sulle restanti emozioni, soprattutto per quanto concerne disturbi di personalità e disturbi d'ansia. Diversamente, più impermeabili a queste, sono invece risultate le psicosi croniche; ciò è anche mostrato dall'assenza di un incremento del numero di TSO nell'area milanese fra 2019 e 2020 (nei mesi di marzo e aprile 2019 i TSO nell'intero Comune di Milano sono stati rispettivamente 53 e 50, negli stessi mesi del 2020 50 e 50), a testimonianza del fatto che i servizi territoriali – nonostante l'emergenza e la criticità del momento – hanno proseguito l'attività clinica con particolare cura nell'assistenza dei casi più complessi. Potevamo attenderci infatti sia un incremento del numero dei TSO dovuto alle difficoltà di contatto con i pazienti o all'elevato stress conseguente alla chiusura di alcuni servizi (centri diurni etc) che, al contrario, un loro calo conseguente alla riduzione dei contatti e quindi alla difficoltà di obbiettivare stati di scompenso acuti.

L'effetto delle misure di quarantena, l'isolamento sociale e la chiusura di centri di aggregazione (centri diurni in primis) mostrano, forse, i loro effetti nella seconda metà di aprile, quando notiamo una ripresa dei contatti con i servizi d'urgenza da parte di pazienti affetti da disturbi di personalità e da disturbi depressivi. Appare dunque plausibile come le misure di quarantena, tollerate per le prime settimane, siano successivamente diventate una fonte di stress marcato con ricadute sul piano psicopatologico, richiedendo quindi il confronto con uno specialista. Inoltre, misure accettate nella prima fase come necessarie ed urgenti, sono forse diventate poi angoscianti, soprattutto in virtù della mancanza di una chiara prospettiva di ripartenza, portandosi quindi dietro tutte le preoccupazioni legate ai propri familiari, alla condizione economica e lavorativa. Ciò ha forse anche comportato l'aumento della percentuale di pazienti "non noti" privi di precedenti psichiatrici prima di questo periodo, cresciuto al 31% nella prima quindicina di aprile 2020, segno possibile della difficoltà di gestione psicologica della contingenza anche in persone fino ad allora asintomatiche.

Queste analisi speculative limitate a dati locali (benchè relative ad un ampio bacino d'utenza) risentono di numerosissime variabili per cui appare chiaro come non possano essere utilizzate per ottenere un quadro oggettivo della risposta psicologica alla pandemia ed alle misure di contenimento. Alcuni trend risultano però macroscopici e quindi affidabili per orientarsi in un frangente in cui è facile rimettersi più al *sentito dire*

ed all'emotività che a dati certi, soprattutto in considerazione del fatto che sarà purtroppo probabilmente necessario ripensare la prassi di contatto con il paziente psichiatrico, le modalità di visita, l'accesso ai servizi d'urgenza ed al ricovero, almeno per i mesi a venire. Allo stesso modo, la persistenza di misure di distanziamento interpersonale, le ricadute economiche della crisi in atto, le difficoltà pratiche di gestione familiare, nel contesto di prospettive incerte, potranno incrementare il numero di pazienti che avranno bisogno di un sostegno psicologico e psichiatrico, alle cui necessità bisognerà far fronte.

Afferenza degli autori:

* *Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASST Fatebenefratelli-Sacco, Milano*

° *Università degli Studi Milano-Bicocca, Dipartimento di Psichiatria*

Corrispondenza a:

mail: filippo.dragogna@asst-fbf-sacco.it

Bibliografia

1. Unützer J., Kimmel R.J., Snowden M., *Psychiatry in the age of COVID-19*. World Psychiatry. 2020 Jun;19(2):130-131.
2. Valdés-Florido M.J., López-Díaz Á., Palermo-Zeballos F.J., Martínez-Molina I., Martín-Gil V.E., Crespo-Facorro B., Ruiz-Veguilla M., *Reactive psychoses in the context of the COVID-19 pandemic: Clinical perspectives from a case series*. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2020 Apr 27.
3. De Girolamo G., Cerveri G. Clerici M., Monzani E., Spinogatti F., Starace F., Tura G., Vita A., *Mental Health in the Coronavirus Disease 2019 Emergency-The Italian Response*. JAMA Psychiatry. 2020 Apr 30. 2020.1276.
4. Lai J., Ma S., Wang Y., Cai Z., Hu J., Wei N., Wu J., Du H., Chen T., Li R., Tan H., Kang L., Yao L., Huang M., Wang H., Wang G., Liu Z., Hu S., *Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019*. JAMA Netw Open. 2020 Mar 2;3(3).

Il servizio per l'ADHD dell'adulto durante la pandemia da COVID-19

Tra riorganizzazione e individualizzazione degli interventi

Marco Uccello, Lucia Meola*, Carlo Fraticelli**

ABSTRACT

L'emergenza legata alla pandemia da Coronavirus 2019 Disease (COVID 19) ha reso necessaria la riorganizzazione dei servizi per la salute mentale, al fine di garantire sia la continuità dell'assistenza agli utenti e ai loro famigliari sia il contenimento dei rischi di contagio. Un criterio aggiuntivo che ci ha guidato nella ridefinizione del modello di funzionamento dell'ambulatorio sovrazonale per l'ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder) dell'adulto dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Lariana, è l'avere garantito un alto livello di personalizzazione degli interventi, soprattutto nella distinzione tra programmi da erogare in sede e quelli da fornire a distanza. Per far ciò abbiamo identificato due indicatori: il livello di disregolazione emotiva e il livello di stress percepito. L'applicazione di questi due indicatori all'utenza afferente al nostro servizio ha permesso di distinguere due gruppi: un gruppo ad alta disregolazione ed alto stress a cui abbiamo erogato interventi prevalentemente in sede e un gruppo a basso livello di disregolazione emozionale e basso stress a cui abbiamo potuto fornire interventi a distanza. Tale riassetto ha permesso di coniugare la continuità terapeutica, il monitoraggio clinico di aderenza ed efficacia e la personalizzazione degli interventi. L'insieme degli interventi multimodali attuati si è tradotto nel miglioramento della risposta emozionale individuale e l'espressione di comportamenti adattivi e di aderenza alle regole di protezione individuale e interpersonale.

INTRODUZIONE

La pandemia da Coronavirus 2019 Disease (COVID-19) sta determinando un cambiamento significativo a tutti i livelli della società. I servizi sanitari sono chiamati a fronteggiare l'emergenza garantendo l'assistenza agli utenti e ai loro famigliari e contenendo i rischi del contagio. Le persone affette da disturbo da deficit di attenzione e iperattività (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder – ADHD), sottoposte come il resto della popolazione a misure di distanziamento e protezione dalla diffusione del contagio, sono particolarmente vulnerabili allo stress correlato. L'epidemia in atto, come è naturale, ha posto alcune importanti domande ai professionisti della salute mentale su come fornire le cure migliori all'interno delle nuove restrizioni (Cortese et al., 2020) e ha motivato una significativa riorganizzazione della risposta assistenziale da parte dell'équipe dell'ambulatorio dedicato ai soggetti adulti affetti da ADHD dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Lariana. Tale attività clinica, nata all'interno del Centro Psicosociale di Ossuccio (Como), è erogata da un centro specialistico sovrazonale, punto di riferimento per la nostra e le ASST limitrofe, ed è ricompresa in uno specifico programma innovativo dipartimentale di psichiatria finanziato da Regione Lombardia (Progetto TR104 "Ambulatorio ADHD dell'adulto"). Il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) della ASST Lariana è riconosciuto come centro prescrittore per i trattamenti specifici ed il responsabile del Centro di Ossuccio è professionista abilitato alla prescrizione dei farmaci inseriti nei registri AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) per ADHD adulti.

Sulle persone agiscono due stressors correlati alla pandemia: il riadattamento funzionale al cambiamento di vita e il timore, l'incertezza che una patologia tanto subdola e potenzialmente grave suscita. In questo contesto, la risposta individuale allo stress diventa un fattore determinante per raggiungere e mantene-

re una buona salute mentale. Più che mai in questo momento, appare centrale valutare come risponde al cambiamento la persona adulta affetta da ADHD. Nel riorganizzare i nostri servizi, siamo chiamati ad avere un'ottimale conoscenza delle risorse individuali di risposta allo stress identificando elementi predittivi di benessere o di crisi per poter erogare servizi efficaci ed efficienti dal punto di vista sanitario con un ottimale livello di personalizzazione. Scopo di questo lavoro è presentare l'osservazione delle reazioni comportamentali ed emotive manifestate dagli individui ADHD adulti afferenti al nostro servizio ambulatoriale durante il periodo COVID-19. Illustreremo inoltre, gli interventi trattamentali in un'ottica multimodale attuati per migliorare le capacità adattive dei pazienti nel contesto dell'emergenza attuale.

ADHD E STRESS

In questo sistema appaiono centrali la risposta individuale al cambiamento e le basi neurobiologiche di funzionamento del "cervello ADHD" sotto stress. Per quanto riguarda il primo elemento, in un recente studio effettuato su adulti ADHD pubblicato sul sito di ADDitude (ADDitude ADHD Editorial Board, 2020) è stato posto l'accento sulle risorse insite nel "sistema ADHD". Le persone affette da ADHD possono rispondere al cambiamento in modo più adattivo rispetto al resto della popolazione. Il lockdown impone il cambiamento di abitudini introducendo delle modifiche agli stili di vita che possono essere adattivi per la persona affetta da ADHD quali, lo smart-working con un incremento di dinamicità e riduzione di monotonia al lavoro, riduzione degli impegni con una maggiore libertà nella gestione del tempo libero e minore aspettativa di organizzazione e ordine, minori richieste ambientali convenzionali, uso dei dispositivi smart (smartphone, tablet, computer) nelle dinamiche relazionali sociali. Il cambiamento, per le persone affette da ADHD, può fungere da *sensation/novelty stimulus* che stimolando opportunamente il sistema dopaminergico centrale determina iperfocus e miglioramento esecutivo. Accanto a questa modalità positiva e adattiva di risposta al lockdown, altre persone affette da ADHD rispondono con un incremento dei livelli di stress esprimendo difficoltà a confrontarsi con un cambiamento così radicale delle abitudini e delle convenzioni. In queste persone l'incremento dei livelli stress comporta un peggioramento delle prestazioni cognitive con incremento del fallimento e della sofferenza psichica per stati d'ansia e depressivi. La risposta allo stress nell'ADHD ha delle precise basi neurobiologiche nel sistema di funzionamento neurochimico dopaminergico e noradrenergico centrale. Livelli di stress troppo elevati o prolungati, determinano, rispettivamente, un'eccessiva o una ridotta trasmissione Dopaminergica e Noradrenergica con conseguente peggioramento dello stato clinico e delle funzioni esecutive (Stahl, 2016). In accordo alle linee guida europee per l'ADHD (Cortese et al., 2020) nel riorganizzare l'offerta terapeutica del nostro servizio, alla luce delle restrizioni connesse al lockdown e alle considerazioni precedenti, abbiamo ritenuto importante analizzare la risposta individuale allo stress per costruire un setting in sede o a distanza, individuale o di gruppo, volto al contenimento del disadattamento. Abbiamo pertanto ideato nuove sessioni di psicoeducazione individuali o di gruppo in sede o a distanza specifiche per la situazione emergenziale attuale, cercando anche di mantenere l'accessibilità al servizio, nel rispetto delle disposizioni in tema di protezione individuale, per tutti quegli utenti per i quali vi era un'indicazione alla visita in sede. Gli indicatori che abbiamo utilizzato per l'accesso degli utenti in sede sono: un trattamento farmacologico non stabilizzato o in fase di titolazione, l'emergenza o la presenza di una condizione comorbile non compensata, un significativo livello di stress e/o di disregolazione emotiva, l'isolamento disadattivo, un'alta conflittualità in ambito famigliare e/o relazionale, un elevato livello di impulsività.

IL NOSTRO INTERVENTO RIVOLTO AI PAZIENTI ADHD ADULTI AI TEMPI DEL COVID-19

Al fine di valutare l'impatto della pandemia sui pazienti sono stati utilizzati due strumenti: la Scala DERS, (Difficulties in Emotion Regulation) (Sighinolfi et al., 2010) e la Scala per lo stress percepito (Perceived Stress Scale), (Cohen et al., 1983). La somministrazione di questi strumenti ci ha permesso di distinguere due gruppi di individui. Un primo gruppo con bassa disregolazione emotiva e basso stress percepito, con manifestazioni ADHD e comorbili meno intense, che presentano migliori Consapevolezza e Accettazione (*Awareness*) dei propri stati emotivi (*Clarity*) e che riescono ad adottare comportamenti adattivi per affrontare l'emergenza (*Goals e Strategies*). Questi individui nell'esplorazione dei propri vissuti hanno riportato minore difficoltà a rapportarsi con la strutturazione del senso del tempo e posti di fronte al nuovo scenario e ai cambiamenti veloci che l'emergenza ha determinato, hanno registrato un amento dei propri livelli attentivi. Il secondo gruppo è stato rappresentato dai pazienti con manifestazioni cliniche più gravi e complesse (soprattutto sottotipo combinato) e più alta intensità comorbile ansiosa e depressiva. In questi pazienti è stata rilevata una maggiore difficoltà nel modulare le reazioni emotive reattive all'emergenza COVID-19 (reazioni emotive esagerate o esplosioni di rabbia, facile irritabilità e scarsa tolleranza alla frustrazione, instabilità umorale e iperattività emotiva). È possibile supporre che tali pazienti, a causa della difficoltà ad abbassare l'arousal in presenza di un'alta emotività seppure in parte funzionale alla sopravvivenza (come ad esempio la paura e l'angoscia di morte reattive alla pandemia) non riescano a integrare la risposta emotiva con l'elaborazione cognitiva (Cornoldi et al., 2001; Steinberg & Drabick, 2015.). Gli individui del primo gruppo, costituito da coloro che hanno mostrato un buon adattamento alla situazione emergenziale, sono stati seguiti con colloqui a distanza individuali mirati al monitoraggio del funzionamento personale, relazionale e famigliare e alla compliance al trattamento farmacologico (Puliatti, 2017). Gli individui del secondo gruppo, invece, sono stati reclutati per interventi di psicoeducazione in piccoli gruppi in videochiamata Skype oppure, per quelle situazioni più critiche, in sede, mirati a favorire la capacità di analizzare la situazione attuale e strutturare un coping funzionale e adattivo e contenere lo stress (Barkley, 1997). Pertanto gli interventi di psicoeducazione sviluppati nell'attuale contesto di pandemia, a partire dall'analisi dei processi di percezione e valutazione individuale reattivi all'emergenza, hanno perseguito i seguenti obiettivi:

- Acquisire strategie compensative mirate alla gestione del tempo e migliorare le proprie capacità organizzative e di *problem solving*;
- Incrementare la capacità riflessiva in termini di reciprocità, scambievolezza e confronto (zona di sicurezza e crescita interna);
- Promuovere l'autocontrollo, l'autoregolazione e l'automonitoraggio rispetto ai propri comportamenti;
- Identificare nella propria esperienza gli schemi disfunzionali cognitivi collegati alle risposte di disregolazione emotiva per facilitare un'elaborazione più accogliente e riflessiva (meno emotiva) delle proprie esperienze;
- Acquisire un ottimale livello di conoscenza delle regole di protezione individuale, di limitazione della diffusione del contagio e di igiene personale e ambientale.

L'insieme degli interventi integrati attuati ha permesso di contenere il livello di stress, migliorare la risposta emozionale individuale e le funzioni esecutive nell'organizzazione di comportamenti adattivi volti ad affrontare il cambiamento e l'aderenza alle regole di protezione individuale e interpersonale.

CONCLUSIONI

Il trattamento multimodale individualizzato, erogato ai gli utenti durante l'emergenza COVID-19, ha permesso di favorire l'auto-osservazione delle risposte individuali

all'emergenza. Gli utenti hanno riconosciuto le proprie difficoltà sperimentate nella quotidianità individuando strategie compensative finalizzate a bloccare i pensieri disfunzionali e automatici attivatisi velocemente nella situazione emergenziale. Dalla narrazione delle risposte individuali all'emergenza COVID-19, i soggetti hanno così individuato strategie di coping più funzionali, cogliendo l'importanza di attivare un dialogo interiore per favorire l'auto-regolazione.

Afferenza degli autori

* *Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze – ASST Lariana*

Corrispondenza a:

Marco Uccello. Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze – ASST Lariana, Centro per ADHD dell'adulto ASST-Lariana, via degli Ulivi 4 Tremezzina, località Ossuccio (CO)

T.+39.0344.33364/5 – F. +39.0344.57020 (CPS Ossuccio)

mail: marco.uccello@asst-lariana.it

Bibliografia

1. Cortese S., Asherson P., Sonuga-Barke E., Banaschewski T., Brandeis D., Buitelaar J., et al., *European ADHD Guidelines Group. ADHD management during the COVID-19 pandemic: guidance from the European ADHD Guidelines Group*. Lancet Child Adolesc Health. 2020 Apr 17. pii: S2352-4642(20)30110-3. doi: 10.1016/S2352-4642(20)30110-3 [Epub ahead of print].
2. Stahl S.M. *Neuro Psicofarmacologia Essenziale*. Basi neuroscientifiche e applicazioni pratiche. Milano: Edi. Ermes, 2016.
3. ADDitude ADHD Editorial Board. *The Benefits of ADHD in a Crisis: Hyperfocus, Creativity, Resilience & More*. Disponibile sul sito: https://www.additudemag.com/benefits-of-adhd-crisis/
4. Sighinolfi C., Norcini Pala A., Chiri L.R., Marchetti I., Sica C. *Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): traduzione e adattamento italiano*. Psicoterapia cognitiva e comportamentale 2010; 2.
5. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. *A Global Measure of Perceived Stress*. J Health Soc Behav 1983;24(4):385-96.
6. Cornoldi C., De Meo T., Offredi F., Vio C. *Iperattività e autoregolazione cognitiva*. Trento: Edizioni Centro Studi Erickson, 2001.
7. Steinberg, E.A., Drabick F.A.G. *A Developmental Psychopathology Perspective on ADHD and Comorbid Conditions: The Role of Emotion Regulation*. Child Psychiatry Hum Dev 2015; 46:951-966.
8. Puliatti M. P*sicotraumatologia nella pratica clinica. Interventi di stabilizzazione con adulti, bambini e adolescenti*. Milano: Mimesis Edizioni, 2017.
9. Barkley R.A. *Behavioral Inhibition, Sustained Attention, and Executive Functions. Constructing a Unifying Theory of ADHD*. Psychol Bull 1997;121(1):65-94.

PSICHIATRIA FORENSE

Uso di misure contenitive e responsabilità dello psichiatra

Avv. Renato Mantovani

Può essere utile fare alcune osservazioni tratte dal più recente orientamento dei nostri organi di giustizia in tema di contenzione di pazienti nell'ambito del trattamento psichiatrico sia in ipotesi di Trattamento Sanitario Obbligatorio che in quello di ordinaria gestione dei pazienti nei reparti di competenza.

In modo particolare porrò l'attenzione sulla valutazione fatta dai vari organi giudicanti in relazione allo stato di necessità che porta a giustificare la contenzione del paziente in situazioni di particolare criticità.

È bene ricordare che l'art. 54 del Codice Penale testualmente recita:

> *"Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo.*
> *Questa disposizione non si applica a chi ha un particolare dovere giuridico di esporsi al pericolo.*
> *La disposizione della prima parte di questo articolo si applica anche se lo stato di necessità è determinato dall'altrui minaccia; ma, in tal caso, del fatto commesso dalla persona minacciata risponde chi l'ha costretta a commetterlo".*

Questo articolo trova pertanto applicazione esimente purchè lo stato di necessità non sia volontariamente causato da chi lo invoca e la situazione di pericolo sia attuale e concreta unitamente alla esistenza di una proporzione tra il fatto da affrontare ed il pericolo intrinseco nello stesso.

Ovviamente si dovrà di volta in volta verificare, per godere della scriminante, se il bene minacciato prevale o, almeno equivale a quello sacrificato, ovvero sulla libertà di azione e sulla dignità del paziente

In via di principio, ai sensi dell'art. 32 della Costituzione, la contenzione del paziente psichiatrico non costituisce una pratica terapeutica o diagnostica legittimata e conseguentemente l'uso della contenzione in assenza dei presupposti di cui all'art. 54 del cod. pen. costituisce un'illegittima privazione della libertà personale ed integra gli estremi del delitto di cui all'art. 605 cod. pen. che sanziona il sequestro di persona con una pena detentiva che nel suo massimo arriva a otto anni di reclusione.

Quindi è bene chiarire che allo psichiatra è consentito contenere il paziente unicamente in particolari situazioni in quanto allo stesso compete una specifica posizione di garanzia nei confronti del paziente alla quale consegue uno specifico obbligo giuridico qualificabile come obbligo di controllo.

Equiparando quindi il paziente ad una fonte di pericolo,

rispetto alla quale il garante ha il dovere di neutralizzarne gli effetti lesivi verso terzi, e di protezione del paziente medesimo, soggetto debole, da comportamenti pregiudizievoli per se stesso, ecco che appare giustificata quanto doverosa l'azione di contenimento.

In presenza dei presupposti appena richiamati, e qualora questi siano stati dal sanitario chiaramente ed esaustivamente indicati nella cartella clinica, l'atto del contenimento dovrà essere ritenuto del tutto immune da censure.

Da quanto sopra esposto si può ritenere, e la Corte di cassazione sino ad oggi assume un tale orientamento, che Il medico psichiatra essendo titolare di una posizione di garanzia nei confronti del paziente, ha uno specifico obbligo – quando valuti l'esistenza di un concreto rischio di condotte autolesive, anche suicidiarie od etero lesive chiaramente manifestate – di apprestare specifiche cautele anche se questi non sia stato in precedenza sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio. Cautele tra le quali ben si deve comprendere anche la contenzione.

Contenzione che qualora venisse omessa e si verificasse il suicidio del paziente o suo azioni gravemente lesive nei confronti di terzi comporterebbe una penale responsabile per il sanitario che tale paziente ha in carico

A titolo esemplificativo riporto una valutazione della suprema Corte di cassazione che ha qualche tempo fa confermato la penale responsabilità di un medico del reparto di psichiatria di un ospedale pubblico per il suicidio di una paziente, ricoverata con diagnosi di disturbo bipolare in fase depressiva, nei confronti della quale aveva omesso di assicurare una stretta e continua sorveglianza, sebbene le notizie anamnestiche e la diagnosi di accettazione avessero reso evidente il rischio suicidiario.

Afferenza dell'autore

Studio legale Avvocato Renato Mantovani

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?

Antonio Amatulli

I percorsi dell'esecuzione penale dei soggetti affetti da patologie psichiatriche e giudicati infermi o semi-infermi di mente prevedono, superate le logiche e le strutture degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari [1], la possibilità di essere curati (e custoditi) nelle Residenze per la esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) quando considerati non imputabili o semi-imputabili e pericolosi socialmente, e di seguire percorsi territoriali, anch'essi sotto la responsabilità dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD), in tutte quelle condizioni, che il legislatore ha definito dovere essere la norma (L.81 del 2014), nelle quali la pericolosità fosse ritenuta compatibile con misure di sicurezza meno afflittive di quella detentiva (esempio, libertà vigilata).

Rimaneva, però, fino a poco tempo fa, assolutamente scoperta tutta quella congerie di situazioni che non erano passate al vaglio processuale, come le patologie psichiatriche sopravvenute durante la detenzione. Per esse, rimaneva la grottesca situazione della permanenza dell'art.148 c.p., che le destinava all'OPG, nel frattempo istituzione scomparsa. Così, non restava che la cura (psichiatrica) nelle sezioni di salute mentale delle carceri, ancorchè presenti, evidentemente inadeguate, nella maggioranza dei casi, a farvi fronte in maniera soddisfacente. Questo, sebbene l'art. 147 c.p. permettesse, invece, cure domiciliari o presso adeguate strutture pubbliche nei casi di gravi malattie fisiche accertate, permettendo il differimento della pena.

Veniva quindi da sé il contrasto, anche dal punto di vista costituzionale (art.3 Cost.) tra le due situazioni, con l'evidente discriminazione nei confronti delle persone con patologia psichica sopravvenuta.

Va invero ricordato come questa situazione fosse già emersa con evidenza sia attraverso la proposta elaborata dal Tavolo 10 degli Stati generali dell'esecuzione penale (Fiorentin F., 2016), sia dalla c.d. "Commissione Pelissero", incaricata proprio di una elaborazione di un nuovo quadro di misure di sicurezza e dell'intervento sanitario negli istituti penitenziari, con particolare attenzione alle patologie psichiche (Pelissero M., 2016).

Con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale dei decreti legislativi n. 121, 123 e 124 del 2 ottobre 2018 si concludeva l'iter di riforma del sistema penitenziario ma, di fatto, il Governo non darà (almeno per l'ambito psichiatrico) adeguato seguito, tramite i sopra elencati

1. Senza pretesa di esaustività, ma con la finalità di delineare un percorso legislativo: sentenze Corte costituzionale nn. 139/1982, 253/2003 e 267/2004, DPCM 1 aprile 2008, L. 9/2012, L. 81/2014.

decreti legislativi, alla delega a lui affidata dalla L. 103 del 2017 [2]. Questi, infatti, non recepirono, di fatto, le conclusioni e le ipotesi portate nelle sedi sopra descritte (Collica M.T., 2017), lasciando molte delle istanze che i lavori del Tavolo 10 e la maggioranza degli operatori della salute mentale ritenevano ormai indispensabili per la cura e l'assistenza del malato psichiatrico sottoposto all'Autorità giudiziaria (ristretto in carcere, ma non solo). Si pensi, in particolare, "*alla ipotizzata equiparazione del disagio psichico a quello fisico ai fini del rinvio della pena ex art. 147 c.p. e all'accesso alla detenzione domiciliare ex art. 47 ter co. 1 ter o.p.; alla proposta di introdurre una specifica tipologia di affidamento in prova per i soggetti con disagio psichico; alla previsione di sezioni penitenziarie specializzate nel trattamento del disagio psichico*" (Della Bella A., 2018).

Di una complessa elaborazione della tematica e di forti stimoli in questo senso si è fatto carico, nel 2019, il Comitato nazionale per la bioetica, elaborando un complesso parere teso a completare adeguatamente il disegno della cura e delle misure di sicurezza di tutta la platea dei soggetti con patologie psichiche che entrano nel circuito penale, intercettati o meno dalla fase processuale (CNB, 2019). Il CNB ricorda come la condizione di internamento di per sé sia già gravemente afflittiva per le persone, e che, rispetto anche al dettato costituzionale che impone che la pena abbia anche "finalismo rieducativo" (art. 27 Cost.), il sovrappiù di afflizione imposta al detenuto con grave patologia psichica sopravvenuta generi dei chiari connotati di contrasto [3]; in questo ambito, per altro, incontrandosi anche la censura operata dall'art.3 convenzione CEDU ("*Nessuno può essere sottoposto a tortura né a pene o trattamenti inumani o degradanti*", art. 3, Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo, Roma, 1950).

Così, sul tema, ha attivato l'incidente di costituzionalità la Suprema Corte di Cassazione con l'ordinanza n. 101 del 22 marzo 2018 [4], ed esplicitamente per le parti che non prevedono l'applicazione della detenzione domiciliare anche nell'ipotesi di grave infermità psichica sopravvenuta durante l'esecuzione della pena. Si apriva così la strada per la sentenza della Corte Costituzionale n. 99 del 2019.

In estrema sintesi, quest'ultima parte dal presupposto che nei casi di malattia psichica o considerata non influente sulle capacità di intendere e volere al momento del compimento del fatto reato o intercettata nella fase processuale (malattia sopravvenuta alla condanna), il soggetto non può accedere a differimento o espiazione "in deroga" della pena in condizioni extracarcerarie, come avviene per le malattie fisiche. "La malattia psichica è

2. Legge n. 103 del 23.6.2017 recante "*Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e all'ordinamento penitenziario*", pubblicata in G. U. n. 154 del 4.7.2017. Importante tassello aggiuntivo, in questo caso nell'ambito delle misure di sicurezza personali detentive, al processo di riforma sul tema del sistema sanzionatorio già in realtà iniziato con la *Delega al governo in materia di pene detentive non carcerarie e di riforma del sistema sanzionatorio. Disposizioni in materia di sospensione di procedimento con messa alla prova nei confronti degli irreperibili*, Legge 62/2014. Quest'ultima, in analogia alla sopra citata L. 103/2017, arrivava però in modo infruttuoso alla scadenza del termine della delega, non riuscendo a giungere alla definizione di nuove norme che permettessero, nel nostro ordinamento, pene detentive non carcerarie da eseguirsi presso il domicilio, intaccando la dimensione ancora carcerocentrica del sistema.

3. Altra questione sarebbe quella rappresentata dall'auspicio del CNB, nel medesimo parere, di superamento del cosiddetto "doppio binario" per i *rei folli*: questione complessa, che assumerebbe il postulato che tutti i malati psichiatrici sarebbero in grado, sempre, di valutare e intendere compiutamente il disvalore delle proprie azioni (delittuose, in questo caso) e delle loro conseguenze, nonché di inibire il proprio comportamento quando occorresse. Questione che nell'articolo sarà trattata più avanti.

4. Ordinanza del 22 marzo 2018 della Corte di Cassazione nel procedimento penale a carico di M. N., *Ordinamento penitenziario – Detenzione domiciliare – Applicazione nelle ipotesi anche di grave infermità psichica sopravvenuta durante l'esecuzione della pena – Mancata previsione*. Legge 26 luglio 1975, n. 354 (Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà), art. 47-ter, comma 1-ter.

fonte di sofferenze non meno della malattia fisica ed è appena il caso di ricordare che il diritto fondamentale alla salute ex art. 32 Cost., di cui ogni persona è titolare, deve intendersi come comprensivo non solo della salute fisica, ma anche della salute psichica alla quale l'ordinamento è tenuto ad apprestare un identico grado di tutela" [5]. Così, nell'ambito dell'esecuzione penale nei confronti di pazienti psichiatrici, proprio questa fattispecie rimaneva al di fuori della possibilità di accesso a misure (alternative) le meno restrittive possibile della libertà degli individui. La Corte quindi, in questo vuoto di tutela che si sostanzia in una lesione del diritto alla salute così come in trattamenti "inumani e degradanti", ha così accolto la questione di legittimità costituzionale sopra richiamata e ha dichiarato "l'illegittimità costituzionale dell'art. 47 *ter*, comma 1 *ter* o.p., nella parte in cui non consente che la detenzione domiciliare umanitaria sia disposta anche nelle ipotesi di grave infermità psichica sopravvenuta", definendola di seguito come "una modalità di esecuzione della pena". La Corte, poi, richiama la necessità che questa sia accompagnata da adeguate prescrizioni del Magistrato di sorveglianza che limitino la libertà dell'individuo in misura correlata alla sua pericolosità, onde rispondere anche della tutela della collettività, e contemporaneamente in presenza dell'intervento del servizio sociale. In conclusione, con la sentenza n. 99 del 2019 la Corte Costituzionale ha, nei fatti: constatato la perdita di efficacia dell'art. 148 c.p. per lo svuotamento, di fatto, del suo contenuto a opera dell'evoluzione dell'ordinamento; ricordato la possibilità dei percorsi di cura dei pazienti autori di reato giudicati non imputabili o semi-imputabili (esempio, misure di sicurezza non detentive come la libertà vigilata territoriale o comunitaria); aperto alla possibilità della detenzione domiciliare ex art. 47, comma 1, lettera c) o.p.; e soprattutto alla detenzione domiciliare "umanitaria" o "in deroga" ex art. 47 ter, comma 1 ter o.p. per le pene superiori ai 4 anni anche in caso di grave infermità psichica. Si sostanzia così un insieme di norme che garantisce "percorsi di cura a tutte le persone con problemi mentali che entrano nel circuito penale, siano esse intercettate prima, e quindi destinatarie di misure di sicurezza, siano esse detenute con malattie sopravvenute"..."un complesso di norme in linea con le indicazioni del parere del Comitato nazionale per la bioetica e con i principi portati dalla psichiatria attuale" (Calcaterra A., 2019) [6].

A questo punto, proseguito il lungo cammino della psichiatria riformata, e del suo ruolo di partnership e di cura e assistenza spogliato dalle finalità custodiali di matrice manicomiale, e informato da tempo di tutto ciò anche il mondo della giurisdizione, alcuni nodi critici emergono nel dibattito attuale.

In primo luogo, in considerazione dell'incidenza, seppure in assoluto contenuta, di agiti aggressivi e violenti da parte di utenti della psichiatria, anche potenzialmente o realmente pericolosi (Iozzino L. et al, 2015; Bulgari V. et al, 2018; Witt K. et al., 2013; Brucato G. et al., 2018; Coid J.W. et al., 2016; Singh J.P. et al., 2014; Amore M. et al., 2013), si evidenzia l'importanza di affrontare senza posizionamenti ideologici i temi della sicurezza e della

5. Corte Cost., sentenza n. 99 del 20.2.2019, dep. Il 19.4.2019, par. 3.1.

6. Ad anticipare un elemento successivo di discussione, si noti che la sentenza della Corte di Cassazione da cui è partito l'incidente di legittimità costituzionale trattava del diniego di detenzione domiciliare alternativa nei confronti di un soggetto con "grave disturbo misto di personalità con predominante organizzazione borderline in fase di scompenso psicopatologico", con tendenze suicidarie e condannato per concorso in rapina aggravata. Gli addetti ai lavori della psichiatria, anche leggendo la sopra menzionata sentenza, facciano le loro valutazioni circa la definizione, affatto facile – anche se costituzionalmente ammessa – tra infermità psichica *grave* e disturbo tipo misto con prevalenti note borderline di personalità.

pericolosità, negati o comunque ridimensionati da molti addetti ai lavori [7] ma, per non andare lontano, già bene inquadrati nella sentenza della Corte Costituzionale appena esaminata. Il giudice delle leggi, nel concordare con la Corte remittente che lo strumento per superare la discriminazione tra grave infermità fisica e psichica è già presente nell'ordinamento, ed è da individuarsi nell'art. 47 *ter*, comma 1 *ter*, o.p., chiarisce che tale articolo dell'ordinamento penitenziario "*permetterebbe anche ai malati psichici di espiare la pena fuori dal carcere in condizioni che consentano di contemperare le esigenze della tutela della salute con quelle della sicurezza*". Con ancora maggiore chiarezza, più avanti, trattando dell'istituto della detenzione domiciliare, la definisce come una "misura che può essere modellata dal giudice in modo tale da salvaguardare il fondamentale diritto alla salute del detenuto e, contemporaneamente, "*le esigenze di difesa della collettività che deve essere protetta dalla potenziale pericolosità di chi è affetto da taluni tipi di patologia psichiatrica*". Una sintesi radicale della divaricazione di interessi e doveri che incombono sullo psichiatra, la cui situazione è stata più volte riassunta con la metafora dell'incudine e del martello (Zanchetti M., 2014), checché posizioni aprioristicamente orientate alla deresponsabilizzazione generalizzata a favore di non bene definibili totali diritti dei pazienti possano sostenere. A ben vedere, però, la contemperazione di interessi cui ci richiama e a cui ci indirizza doverosamente la Suprema corte (e ormai tanta giurisprudenza) dovrà essere, di volta in volta, agita dal DSMD chiamato a prendersi carico della situazione, di talché il Giudice dovrà essere accessibile alla negoziazione di possibilità e garanzie che solo il DSMD può definire e quantificare per potere avviare il soggetto a percorsi di cura e contemporaneamente avere un sufficiente controllo della eventuale pericolosità dello stesso. La dialettica in questo ambito, si anticipa qui, sarà una delle sfide maggiori (anche) nei possibili casi di applicazione della sentenza sopra riassunta.

Nella pratica, nel caso di richiesta di detenzione domiciliare in deroga per un soggetto portatore di infermità psichica grave sopravvenuta sarà necessario che le strutture del DSMD di competenza possano attivamente e pariteticamente interloquire col giudice per definire da una parte il percorso di cura possibile nella situazione data, e dall'altra parte definire anche tutti quegli aspetti legati alla specifica pericolosità eventualmente manifestata dal paziente, definendo le modalità migliori per affrontarla con l'intervento del magistrato di sorveglianza (prescrizioni) e di valutazioni espresse sulle prognosi di trattamento definibili nella attualità.

In secondo luogo, emerge il tema della responsabilità e del perimetro del libero arbitrio attribuibili ai malati psichici, e di conseguenza quali responsabilità sono loro ascrivibili o quali dovrebbero o non dovrebbero esserlo.

Attualmente, nei confronti del paziente autore di reato funziona il cosiddetto "doppio binario", caratterizzato da una parte dalla responsabilità per colpa rispetto alla quale il soggetto può essere definito imputabile, semi-imputabile o non imputabile, e quindi il binario della pena, e dall'altra parte il binario delle misure di sicurezza, che si sostituiscono (non imputabili) o si aggiungono alla pena (semi-imputabili e imputabili), limitazioni della libertà personale con finalità preventive nei confronti del soggetto ritenuto pericoloso socialmente.

Non saranno qui affrontate le modalità di valutazione dell'imputabilità o della non imputabilità, né appro-

7. La pericolosità, se è uscita dal lessico della disciplina psichiatrica dopo la L.180/1978, è ampiamente rientrata dalla finestra della realtà, con la documentata prevalenza di agiti aggressivi da parte di utenti della psichiatria (soprattutto in fase di ricovero per acuzie) e con la giurisprudenza che attribuisce allo psichiatra precise responsabilità rispetto a tali agiti nei confronti di terzi eventuali. Comunque, si conferma che il *rischio attribuibile* (nella nostra società) di comportamenti violenti da parte di utenti della psichiatria non raggiunge percentuali tali da giustificare lo stigma esistente nei confronti della patologia mentale stessa, dei suoi portatori e delle strutture a essa dedicate.

fondito il tema della pericolosità sociale di un paziente psichiatrico autore di un reato, ma si vuole trattare di un dibattito ormai decisamente aperto: se cioè si possa considerare un paziente psichiatrico responsabile dei suoi atti sempre (e quindi sempre imputabile) oppure, come nel nostro ordinamento, se possa in determinati casi essere definito, per l'effetto della sua patologia, come non responsabile, e quindi non imputabile e prosciolto al processo (oppure semi-imputabile).

I sostenitori della *responsabilità sempre* partono con i buoni propositi dettati dalla radicale tensione riabilitativa e di appartenenza e dignità sociale delle persone affette da disturbo mentale, dalla considerazione della piena legittimità a godere di tutti i diritti socialmente disponibili e da loro raggiungibili, e contemporaneamente, per questo, a essere sottoposti ai corrispondenti doveri che dalla fruizione piena dei diritti sociali sopra delineati direttamente discendono. Si potrebbe dire: credo a tutti costi nella tua partecipazione sociale piena e perciò ti espongo scientemente alle conseguenze che questa partecipazione piena ti determina. Desidero vincere in partenza, a tuo favore, per la tua piena dignità di persona che si autodetermina, costi quello che costi. Le conseguenze, per i pazienti psichiatrici autori di reato, sarebbero l'espiazione della pena in carcere, probabilmente, e in teoria, curati nelle sezioni psichiatriche a gestione sanitaria che in esso esistono o che vi dovrebbero essere approntate [8]. Nell'ipotesi di abolizione del doppio binario, e qui si semplifica molto per chiarire il concetto, la gestione carceraria dei pazienti psichiatrici autori di reato e condannati, oltre a superare le attuali REMS, si aggiungerebbe a quella degli osservandi (art. 112 R.E., Regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario), dei minorati psichici (art. 111 R.E.) e dei provvisori (art. 206 c.p.), se questi ultimi non divenissero popolazione "residuale" delle REMS stesse. Va da sé, dunque, che tali reparti a esclusiva gestione sanitaria (e dentro un carcere questa "esclusività" è già difficile da concepire), se e quando realizzati, assumerebbero facilmente dimensioni e concentrazioni neo-manicomiali, da cui, a cascata, facilmente anche le prassi.

Ma alla radice, l'idea che il paziente psichiatrico debba rispondere sempre e comunque dei reati commessi, presupponendo che mai alla commissione del reato abbia avuto alcuna parte la *follia del paziente* in quel momento, significa, *in nuce*, dimenticare le origini stesse della psichiatria, che entra nelle carceri qualche secolo fa e distingue la follia, per perseguire la cura piuttosto della condanna. Se la psichiatria esiste, se è con pari dignità inserita tra le discipline mediche (scientifiche) avrà bene la capacità di definire il suo oggetto di cura e di studio (il disturbo mentale), la sua esistenza o meno, la sua influenza sul comportamento dell'uomo. L'influenza, in breve, che può avere nelle capacità del soggetto di cogliere il senso e le conseguenze dei suoi atti, di infine intervenire sul libero arbitrio della persona e di conseguenza sulla responsabilità (servo arbitrio o arbitrio *coatto*). Così, negare ciò, e definire responsabile *sempre* un soggetto con grave malattia psichiatria, molto semplicemente vuole dire negare o sottodimensionare l'oggetto della psichiatria stessa, il soggetto malato e la sua patologia. Ancora, se cade il "doppio binario" la responsabilità penale del soggetto con malattia mentale autore di reato è automaticamente riconosciuta, con questo definendolo a priori

8. Su questo punto (il grassetto è nostro): "*Venendo ora alle disposizioni in materia di assistenza sanitaria in ambito penitenziario, occorre prima di tutto osservare che dei due criteri di legge delega relativi a questo profilo – ossia, ex art. 1 co. 85, lett. l., l'adeguamento ai principi del d. lgs. 22 giugno 1999, n. 230 (che ha trasferito le competenze della medicina penitenziaria al servizio sanitario nazionale) ed* ***il potenziamento dell'assistenza psichiatrica negli istituti di pena – il secondo non ha ricevuto attuazione. Nessuna traccia dunque****, nel capo I del d. lgs. 123, delle proposte contenute nel progetto Pelissero su questo punto (si pensi, in particolare, alla prospettata equiparazione del disagio psichico a quello fisico ai fini del rinvio della pena ex art. 147 c.p. e della detenzione domiciliare ex art. 47 ter co. 1 ter o.p.; alla proposta di introdurre una specifica tipologia di affidamento in prova per i soggetti con disagio psichico;* ***all'ipotizzata previsione di sezioni penitenziarie specializzate nel trattamento del disagio psichico)***", Della Bella A., 2018.

capace di autodeterminarsi, di valutare correttamente le ragioni di un fatto, le modalità di estrinsecazione, le sue conseguenze e il suo disvalore, nel caso di atto lesivo verso terze persone. La capacità di autodeterminazione a questo punto intrinsecamente riconsegnata sempre al soggetto con grave malattia psichiatrica renderebbe, poi, inutili percorsi di inabilitazione o interdizione o di sostegno, insomma, qualsiasi percorso finalizzato a intervenire limitando il perimetro di libero arbitrio del soggetto [9](financo un trattamento obbligatorio?), a meno che non siano motivati da quadri di deterioramento cognitivo. Al soggetto con grave malattia mentale viene riconosciuta *sempre* la disponibilità delle funzioni volitive, di critica e di giudizio (parrebbe a tutta prima sufficiente andare a leggere gli esami psichici dei pazienti in cura presso un CPS per capire come questo apriorismo possa affondare in realtà le sue radici in premesse ideologiche, di conseguenza polarizzate e pre-definite).

Va da sé che la psichiatria riformata, che nel percorso condiviso di cura e nella autoconsapevolezza fonda le sue radici e le sue ragioni, e che considera la riabilitazione come la ri-appropriazione di funzioni, capacità, *cose*, prima espropriate ai malati mentali, non può che a tutta prima riconoscersi nella specularità "voglio che tu sia libero e responsabile, e di conseguenza devi rispondere di ciò di cui ti rendi responsabile". Posizione teoricamente corretta, che sta alla base del vero concetto di recupero e di agibilità della cittadinanza (Ware N.C. et al., 2007), origine del binomio inscindibile diritti/doveri, dove non esistono diritti (attivi, cioè conquistati, raggiunti nella loro agibilità) senza i doveri conseguenti.

Giova qui ricordare, però, come lo stesso Comitato nazionale per la bioetica, di fronte alla libertà automaticamente attribuita al paziente e al suo trattamento, sottolinei come risulti a evidente detrimento del paziente stesso il mancato riconoscimento e utilizzo del sapere della medicina (in questo caso, dei limiti scientifici, clinici e psicopatologici) rispetto alla sua sfera personale e nell'ambito della malattia di cui soffre (CNB, 2019). Nella stessa linea di ragionamento si sviluppa, poi, come

9. Sul punto, come esempio, P. Pellegrini, *La posizione di garanzia e il medico psichiatra, in Psichiatria Oggi, XXXII, 1, 2019, dove si scinde, di fatto, la responsabilità dello psichiatra "che non può assumere la posizione di garanzia di controllo" dal diritto al libero arbitrio del paziente: "I pazienti sono a pieno titolo cittadini, titolari della loro vita. Per questo sotto il profilo legislativo occorre superare il doppio binario, pericolosità sociale e misure di sicurezza. Va garantito il diritto al processo. Se il cittadino è libero e agisce i propri diritti e quindi il consenso alle cure con il diritto a rifiutarle, non si può poi applicare al medico psichiatra la posizione di garanzia in particolare di controllo in quanto non solo significa chiedere un compito umanamente e professionalmente impossibile ma riporta a pensare la persona con disturbi mentali come totalmente incapace (naturale) e agita lo spettro dell'obbligatorietà (TSO) che invece andrebbe superato"*. Una visione, come detto, strabica, anche se teoricamente a favore del paziente, nella pratica poco realistica tanto da prospettare la cessazione del bisogno di interventi coattivi in salute mentale e che non affronta la complessità della problematica reale degli agiti dei pazienti psichiatrici, dei limiti creati dal disturbo mentale e della necessità di una lettura generale del contesto degli accadimenti. Infine, deresponsabilizzante nella misura in cui respinge il ruolo (anche) di protezione del paziente come della collettività che lo psichiatra di fatto ricopre. Pensare che lo psichiatra non possa mai essere chiamato a rispondere di fatti di reato perpetrati dal paziente verso terzi (per altro è assai rara in giurisprudenza la condanna per concorso colposo in delitto doloso di uno psichiatra – Dodaro G. a cura di, La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici. Giurisprudenza e clinica a confronto, Franco Angeli, Milano, 2011) presuppone la volontà di non riconoscimento dell'ordinamento penale attuale, riformabile, certo, ma non pare possibile nella chiamata a eliminare l'obbligo di mezzi in capo al medico e la relativa messa in atto delle dovute regole cautelari finalizzate al governo del perimetro di rischio (governo del rischio e messa in atto delle azioni doverose per quella data situazione, si badi bene, non responsabilità oggettiva tout court). Così si è espressa anche la Cassazione: *"la moderna psichiatria mostra patologie che non di rado sono difficilmente controllabili completamente, anche in ragione dell'abbandono di deprecate pratiche di isolamento e segregazione del paziente psicotico, a favore di terapie rispettose della dignità umana che, tuttavia, non eliminano del tutto il rischio di condotte inconsulte; in tali casi, il giudice deve verificare, con valutazione ex ante, l'adeguatezza delle pratiche terapeutiche poste in essere dal sanitario a governare il rischio specifico, pure a fronte di un esito infausto sortito dalle stesse; in tale percorso valutativo, che involge la delimitazione del perimetro del rischio consentito insito nella pratica medica, vengono in rilievo le raccomandazioni contenute nelle linee guida, in grado di offrire indicazioni e punti di riferimento, tanto per il medico nel momento in cui è chiamato ad effettuare la scelta terapeutica adeguata al caso di specie, quanto per il giudice che deve procedere alla valutazione giudiziale di quella condotta."* Corte di Cassazione, sez IV penale, sentenza 7 giugno 2017 n. 28187

già detto, la recente sentenza della Cassazione più sopra richiamata, che dispone, sì, che la grave malattia mentale sopravvenuta in carcere o, in ogni modo, non intercettata durante il processo, possa e debba essere curata fuori dal carcere, ma stabilendo l'importanza del ruolo del magistrato di sorveglianza cui è attribuito il compito di contemperare (bilanciare) le istanze di cura (*rectius* di libertà del soggetto) con le istanze della sicurezza (rectius di limitazione della libertà del soggetto).

Così, oggi più frequentemente si tende a considerare (nel diritto e nella pratica clinica) la questione dell'imputabilità, della responsabilità, dell'autodeterminazione del soggetto (con malattia psichica grave), come questione di bilanciamento, contemperazione, variabilità, così come tante manifestazioni complesse dell'essere umano che mal si adattano a radicalismi, polarizzazioni tutto-o-niente, che tanto risultano seducenti quanto semplificatorie di realtà invero assai complesse. Semmai, la facilità o meno nell'ottenimento dell'infermità, i percorsi di infermità o seminfermità, l'utilizzo adeguato di periti e consulenti informati della pratica clinica e organizzativa attuale della disciplina psichiatrica e delle sue strutture pubbliche territoriali, la rapidità di risposta e di collaborazione tra servizi psichiatrici e magistratura [10], l'utilizzo di forme elastiche e in collaborazione con i territori nei percorsi di espiazione alternativa della pena o di messa alla prova, ecc, semmai in questi ambiti si deve lavorare se si hanno a cuore contemporaneamente la cura, la protezione e la riabilitazione dei pazienti psichiatrici autori di reato da una parte e la tutela della collettività dall'altra.

Infine, se per così radicale considerazione dell'essere umano con malattia psichica lo si dovesse chiamare sempre a rispondere dei reati eventualmente commessi, se, come detto, gli fossero costantemente attribuite piene capacità di autovalutazione e di inibizione dei propri comportamenti a seguito del suo giudizio morale (conservato), allora anche parti dei codici civile e/o penale dovrebbero di conseguenza essere modificate (nessuno può essere circonvenuto in quanto incapace, nessuno dovrebbe essere aiutato o limitato da un amministratore, e così ragionando).

In terzo e ultimo luogo, appare fondamentale un punto, a oggi e nell'ambito del discorso che andiamo svolgendo, sulla responsabilità (penale) degli esercenti la professione sanitaria psichiatrica nell'ambito del loro lavoro di cura e assistenza.

È noto che sullo psichiatra gravi una posizione di garanzia nei confronti del paziente, con la relativa responsabilità inerente la cura e l'assistenza che obbliga alla messa in atto di azioni di salvaguardia a protezione dei beni giuridicamente rilevanti della persona affidata (A. Amatulli, 2019). Ma nell'ambito della psichiatria la questione è maggiormente sensibile ed estesa rispetto ad altri campi della medicina, come già detto, in quanto alla tutela del soggetto si somma la possibilità che dallo stesso vengano messe in atto condotte lesive nei confronti di terzi, ponendo così più articolate questioni relativamente a chi deve eventualmente rispondere delle conseguenze. Si tratta, in sostanza, del ruolo di garante di interessi rilevanti affidati per legge, atteso che quest'ultima fornisca al professionista adeguati strumenti d'impedimento. Responsabilità di protezione nei confronti del paziente,

10. "Ed è questo che potrà consentire all'autorità giudiziaria di indirizzare il non imputabile ad un programma terapeutico adeguato al caso singolo, di plasmare le misure di sicurezza sin dal momento della pronuncia nel processo penale, di rispettare il fondamentale collegamento tra il tessuto territoriale di provenienza e l'esecuzione della misura", *Direttive interpretative ed applicative in materia di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e di istituzione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), di cui alla legge n. 81 del 2014*. Delibera consiliare del 19 aprile 2017, Consiglio Superiore della Magistratura. Dove si prospetta un percorso di collegamento tra psichiatria e autorità giudiziaria perché le misure di sicurezza siano rispettose del quadro psicopatologico e comportamentale presente, della previsione di reale pericolosità, del diritto al massimo di autodeterminazione possibile e dei percorsi di cura territoriali che possono essere previsti.

ma anche di controllo, equiparandolo a una possibile fonte di pericolo per terze persone [11].

Contemporaneamente, riveste importanza il tema collegato del consenso alle cure: gli interventi legislativi recenti (L. 219/2017 [12]) ne hanno rafforzato il ruolo di prima legittimazione dell'atto medico, diminuendo di conseguenza gli spazi per discutibili estensioni paternalistiche della garanzia. Al medico psichiatra è imposto l'obbligo che il paziente affidato alle sue cure, o che con esso sia entrato in contatto anche in modo informale, o magari perché normalmente seguito da altro medico attualmente assente, non subisca eventi di danno rispetto ai beni giuridici rilevanti (qui si parla della salute e della vita), come più sopra accennato; ma è anche imposto che non compia atti lesivi nei confronti di terze persone, in questo caso subendone poi tutte le conseguenze giudiziarie ed esistenziali (posizione di controllo). La posizione di garanzia ha le sue fondamenta in un universo extra penale[13], nella cornice di obblighi di cura e di solidarietà definiti in Costituzione (Artt. 2 e 32 Cost.). L'evidenza di un fatto reato (in questo caso, più frequentemente delitto colposo nell'ambito di riconosciuta posizione di garanzia) si sostanzia poi attraverso l'art 40 c.p., plasticamente al suo comma 2[14], la violazione di una norma cautelare configurante un profilo di colpa, la sussistenza di un nesso di causa tra azione od omissione medica ed evento di danno, e l'evidenza della prevedibilità dell'evento, che l'agente era tenuto a prevedere *ex ante*, cioè alle situazioni date di quel momento (Amatulli A. 2011). Lavorando con i pazienti autori di reato quindi, lo psichiatra sarà obbligato a definire (e a rimanere sempre nel) l'ambito del *rischio consentito*, quel campo dove si possono (devono) contemperare le responsabilità del medico, quella del paziente, la sua prognosi comportamentale (lasciamo stare quella lieve ipocrisia che impedisce, quando del caso, di abbreviare in *pericolosità*), le sue esigenze di cura, la sua volontà (ambito del consenso e il perimetro della sua autodeterminazione [15]) e le esigenze di tutela (lasciamo ancora stare quella lieve ipocrisia che impedisce di abbreviare, quando del caso, in *sicurezza*) della collettività, quest'ultima fissata dalla Carta costituzionale. Sarà, poi, importante che lo psichiatra e tutti gli esercenti la professione sanitaria nell'ambito della psichiatria (la posizione di garanzia grava su tutti i membri della équipe, in proporzione e profondità variabili, e definite dalla posizione gerarchica e funzionale e dal ruolo in quel determinato

11. *"L'obbligo giuridico gravante sul medico psichiatra risulta potenzialmente qualificabile al contempo come obbligo di controllo, equiparando il paziente a una fonte di pericolo, rispetto alla quale il garante avrebbe il dovere di neutralizzarne gli effetti lesivi verso terzi, e di protezione del paziente medesimo, soggetto debole, da comportamenti pregiudizievoli per se stesso"..."...presenza di vincoli protettivi e pretese di controllo, unitamente alla particolare complessità della situazione rischiosa da governare"* (Corte di Cassazione, sez. IV Penale, Sentenza n. 43476 del 18 maggio 2017).

12. *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento. All'articolo 1 è stabilito con forza di legge scritta che "nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge".*

13. La Posizione di garanzia consiste nella *"espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto ex art. 2 e 32 Cost. nei confronti dei pazienti, la cui salute deve essere tutelata contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità"* (Corte di Cassazione, sez. IV penale, sentenza n. 9638 del 13 settembre 2000).

14. "Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende l'esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione. **Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo**".

15. La responsabilità penale dell'operatore psichiatrico è *"un campo in cui le esigenze di tutela (dell'incapace o dall'incapace) si legano a esigenze di rispetto di sfere di autonomia dell'incapace stesso, secondo una linea di crescente attenzione alla dignità personale e ai diritti dell'incapace"*, in Pulitanò D., *Diritto penale*, Giappichelli Editore, Torino, 2009.

momento svolto nei confronti del paziente) conoscano la legislazione attuale inerente la responsabilità civile e penale degli esercenti le professioni sanitarie [16].

Ecco quindi che si delineano l'ambito, il perimetro e le regole del campo nel quale le istanze e le azioni del paziente autore di reato, e la gestione dello stesso una volta entrato nel circuito giudiziario, sono portate avanti e affrontate dai vari portatori di interesse e dalle agenzie che sono chiamate a intervenire. I DSMD si trovano quindi a ricoprire ruoli differenti (cura, previsione comportamentale, controllo, valutazione) con responsabilità differenziate a seconda di molteplici fattori, ma sempre con la consapevolezza che dal dilemma della cura e del controllo, dell'assistenza e della limitazione del rischio, non potranno uscire [17], pena, come detto sopra, esporre anche in vece propria il paziente alle molteplici conseguenze dei suoi atti, da una parte, oppure limitarlo in modo eccessivo e arbitrario negandone i diritti di autodeterminazione e di accettazione o di rifiuto, o di discussione, delle cure, dall'altra.

Una psichiatria responsabile, così, accetta l'esistenza del rischio insito in ogni istanza legittimatoria e riabilitativa, utilizza tutte le cautele possibili per la corretta gestione e protezione del paziente limitandone il meno possibile il perimetro della possibile libertà [18] e si fa portatrice di istanze sue proprie di declinazione degli obblighi di cura e controllo (che talvolta obblighi restano).

La gestione del paziente autore di reato non può quindi che essere portata avanti attraverso una legittimazione reciproca tra DSMD e Autorità giudiziaria, dove i DSMD si devono fare carico dei percorsi di cura (che possono tenere insieme, sicuramente, la cura e il controllo dei comportamenti: dalla cura nasce anche sicurezza) in condivisione con l'Autorità giudiziaria, che dovrà de-

16. In breve, la Legge 24/2017 "Gelli - Bianco", termine, a oggi, di un percorso legislativo finalizzato a limitare la responsabilità penale medica al fine (anche) di diminuire l'incidenza della c.d. medicina difensiva, è intervenuta, in modo per altro intrinsecamente contraddittorio tanto da creare un "nodo" interpretativo relativamente agli ambiti di applicabilità risolto solo dalle SS. UU. della Corte di Cassazione, sent. 8770/2018, in estrema sintesi limitando la responsabilità penale dell'esercente le professioni sanitarie nei casi in cui si possa evidenziare che siano state seguite le corrette linee guida applicabili per quel caso concreto, e in loro mancanza la corretta pratica clinica. È poi ancora intervenuta in favore della classe medica prevedendo l'estensione della "responsabilità extracontrattuale" (diciamo, meno estesa e vincolante di quella definita "contrattuale") al professionista dipendente della struttura pubblica (prima gravato di responsabilità contrattuale). Sull'argomento, infine, si segnala che è in studio un DDL di riforma della medesima legge, che ne semplificherebbe l'applicazione con la depenalizzazione estesa, sempre solo in caso di colpa lieve, anche alla negligenza e all'imprudenza (differentemente dalla legge in vigore, che si limita alla depenalizzazione solo nel caso di imperizia nell'attuazione delle corrette linee guida), con l'impressione di un progresso sul fronte della diminuita imputabilità degli esercenti le professioni sanitarie. In particolare, si prevede che l'esercente la professione sanitaria il quale, nello svolgimento della propria attività, si sia attenuto alle raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge, ovvero, in mancanza di queste, alle buone pratiche clinico-assistenziali, non risponda penalmente per colpa lieve, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida o buone pratiche risultino adeguate alle specificità del caso concreto.

17. Già la Suprema corte, ancora parecchi anni fa, definiva "inscindibili" le *"dimensioni di "sicurezza" e dimensioni terapeutiche; il che è necessario a legittimare la misura [di sicurezza], sia di fronte alla finalità di prevenzione speciale, "riabilitativa"* [qui però intesa in termini sociali]*, propria in genere delle misure di sicurezza sia di fronte al principio, anch'esso costituzionale, di tutela della salute (art. 32 Cost.)",* Corte Costituzionale, sentenza 139, 1982. L'aggancio alla definizione di presupposti specifici legati al singolo caso e ai comportamenti concreti *(...risposta alla pericolosità del soggetto; risposta modellata sulla specifica ragione (causa) di questa sua ritenuta pericolosità, vale a dire l'infermità psichica quale si è estrinsecata nel delitto commesso...)* per definire le conseguenti misure di sicurezza, può indurre a porre simbolicamente questa sentenza all'inizio del percorso di superamento delle logiche prevalentemente punitive e custodialistiche di gestione dei pazienti autori di reato che è giunto fino alla L. 81/2014 e alla già citata sentenza della Corte Costituzionale n. 99 del 2019.

18. Nel massimo rispetto delle libertà individuali (art. 13 Cost.), custodite dalla doppia mandata della riserva di legge e riserva di giurisdizione a tutela di tutti i cittadini, si ricordi anche che una libertà considerata come dimensione generalizzata converge con quanto sostenuto da H. Lacordaire: *"tra il forte e il debole è la libertà che opprime e la legge che affranca"*, cit. In Lorenzo Milani, *Lettera 29/50 del 30 ottobre 1950*, San Paolo Ed., Milano, 2007.

finire i limiti e le prescrizioni cui il reo dovrà attenersi. Questa gestione condivisa del rischio, se portata avanti nel rispetto delle buone pratiche (*ars medica* psichiatrica) non porta alcun detrimento nelle possibilità di cura dei DSMD (come talvolta, in modo professionalmente un po' infantile viene sostenuto) quando una psichiatria matura e informata conosce in modo completo e approfondito il campo di gioco come più sopra descritto [19].

Al termine, è però assolutamente doveroso sottolineare che ogni intervento finalizzato alla gestione umanizzata e attenta ai diritti del paziente autore di reato in ogni punto del percorso penale (e rispettando i fondamentali principi della continuità della cura e della territorialità), soprattutto se giocato sulla massima limitazione possibile delle restrizioni della libertà personale e a favore di percorsi di cura territoriali, è sempre riconosciuto possibile *"posto che non si era provveduto a stanziare ulteriori fondi che potessero consentire un potenziamento organico dei servizi territoriali e che in molte Regioni gran parte delle risorse erano state inizialmente destinate alla costruzione di strutture a discapito del rafforzamento dei servizi territoriali"* (Secchi B. e Calcaterra A., 2018), questi ultimi di base già gravati dall'aumento, negli anni, della popolazione afferente [20]. Tutto questo, di base, non sta avvenendo [21]. Il disagio della psichiatria territoriale, quindi, è quello di non potersi sottrarre alla scomoda posizione tra l'incudine e il martello, tra la gestione territoriale di un numero crescente di pazienti autori di reato e collocati in punti diversi del circuito penale, le risorse obiettivamente limitate, la chiamata a tutelare i diritti del paziente reo (talvolta responsabile di reati molto gravi) assicurandogli i massimi livelli di libertà possibili e contemporaneamente tutelare la collettività, e di dovere contemperare la cura e il controllo per una committenza multipla alla quale non si può, e a parere del sottoscritto, non si deve, sottrarre (la complessità della nostra materia non ci può esimere dalla valutazione e dall'intervento su tutto il contesto di vita, di cura, di contrasto e di sostegno nei confronti del paziente). Una complessità e molteplicità di istanze, dove *"le regole di condotta a contenuto precauzionale rilevanti ai fini dell'imputazione colposa hanno sempre come presupposto (e limite) i doveri del medico"* (Cupelli C, 2016), la cui sintesi resta, attualmente, in capo allo psichiatra. E quindi, per ritornare alla domanda posta dal titolo di questo intervento, il DSMD ha tutti gli strumenti per essere protagonista (e quindi per governare le difficoltà piuttosto che subirle) a patto che li conosca adeguatamente e li utilizzi correttamente. Naturalmente è possibile almeno in parte sovrapporre la "pericolosità" con il "bisogno di cure" [22], ma è noto come, in psichiatria, la cura né risolve sempre il

19. Una giusta perplessità, comunque, nasce tra gli operatori della salute mentale allorquando viene prospettata l'ipotesi che l'équipe di cura del DSMD possa svolgere il ruolo di "perito" del giudice, in sintonia con la auspicata (anche in questo scritto) collaborazione tra Magistratura e Dipartimenti di Salute mentale. In questo caso, troppo discordanti sarebbero il ruolo di valutatore esterno (perito) e di curante da parte della medesima équipe (del DSMD), che deve invece mantenere l'identità di cura e di relazione con il paziente, oltre che il ruolo, in modo chiaro e univoco.

20. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale, SISM. Numero degli utenti psichiatrici assistiti nei servizi di salute mentale italiani: 777.035 nel 2015 e 851.189 nel 2017, con un incremento in soli due anni pari al 9.5%.

21. I finanziamenti dedicati, in Lombardia, al potenziamento dei DSMD con la costituzione delle cosiddette "équipe forensi" ha permesso incrementi di risorse meritevoli ma ancora sottodimensionati.

22. Il Consiglio Superiore della Magistratura, nella risoluzione del 24 settembre 2018 (Pratica n. 521/VV/2018. *Risoluzione sui Protocolli operativi in tema di misure di sicurezza psichiatriche.* Delibera 24 settembre 2018) invita a che "*gli uffici giudicanti mantengano un rapporto di costante collaborazione, scambio di informazioni e conoscenza capillare della rete dei servizi di salute mentale che fanno capo al DSM cui la legge n. 833 del 1978 assegna la responsabilità di prevenzione cura e riabilitazione dei problemi di salute psichica". Ed è questo che potrà consentire all'autorità giudiziaria di* ***"indirizzare il non imputabile ad un programma terapeutico adeguato al caso singolo, di plasmare le misure di sicurezza sin dal momento della pronuncia nel processo penale, di rispettare il fondamentale collegamento tra il tessuto territoriale di provenienza e l'esecuzione della misura".***

problema né, tanto meno, incide sempre adeguatamente sui comportamenti, lasciando fuori dalla "coperta" ambiti di concreta pericolosità che devono essere affrontati con mezzi ulteriori. Il medico della psichiatria è gravato, come tutti i medici d'altronde, dall'"obbligo di mezzi", che altro non è che l'obbligazione alla corretta *ars medica* che quel caso determinato richiede. Ambiti di complessità quindi, che non possono essere semplificati da interventi di "riduzionismo" motivati da posizionamenti ideologici, e che devono analizzare contemporaneamente gli elementi psicopatologici, il mondo reale, la giurisprudenza attuale e la collettività.

Afferenza dell'autore:

Direttore Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze ASST Vimercate (MB)

Corrispondenza a:

mail: antonio.amatulli@asst-vimercate.it

BIBLIOGRAFIA

1. Fiorentin F., *La conclusione degli "Stati generali" per la riforma della esecuzione penale in Italia*, Diritto Penale Contemporaneo, 2016.
2. Pelissero M., *Gli Stati generali sull'esecuzione penale: i problemi noti messi a nudo e le necessità di risposte di sistema*, in Diritto Penale e Processo, 2016, 1125 ss.
3. Collica M.T., *La delega della legge Orlando sulle misure di sicurezza*, in Legislazione penale, 2017.
4. Della Bella A., *Riforma dell'ordinamento penitenziario: le novità in materia di assistenza sanitaria, vita detentiva e lavoro penitenziario, Decreti legislativi 2 ottobre 2018, n. 123 e 124*, in Diritto Penale Contemporaneo, 2018.
5. Comitato Nazionale di Bioetica, *Salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere*, parere del 22.3.2019.
6. Calcaterra A., *Salute mentale e detenzione: un passo avanti. È possibile la cura fuori dal carcere. La Corte Costituzionale, con la sentenza n. 99 del 19 aprile 2019, spazza via l'inspiegabile divergenza di cura tra le persone detenute che si trovano in stato di grave infermità fisica e quelle affette da gravi patologie psichiatrich*e, in Diritto Penale Contemporaneo, 29 settembre 2019.
7. Iozzino L., Ferrari C., Large M., Nielssen O., De Girolamo G., *Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis,* Li S, editor, PLoS One, 2015.
8. Bulgari V., Ferrari C., Pagnini F., De Girolamo G., Iozzino L., *Aggression in mental health residential facilities: A systematic review and meta-analysis, Aggress*. Violent Behav., 2018; 41: 119–127.
9. Witt K., Van Dorn R., Fazel S., *Risk Factors for Violence in Psychosis: Systematic Review and Meta-Regression Analysis of 110 Studies*, PLoS One, 2013.
10. Brucato G., Appelbaum P.S., Lieberman J.A., Wall M.M., Feng., Masucci M.D., et al., *A Longitudinal Study of Violent Behavior in a Psychosis-Risk Cohort*, Neuropsychopharmacology, 2018; 43: 264–271.
11. Coid J.W., Ullrich S., Bebbington P., Fazel S., Keers R., *Paranoid Ideation and Violence: Meta-analysis of Individual Subject Data of 7 Population Surveys*, Schizophr. Bull., 2016; 42: 907–915.
12. Singh J.P., Fazel S., Gueorguieva R., Buchanan A., *Rates of violence in patients classified as high risk by structured risk assessment instruments*,Br. J. Psychiatry, 2014; 204: 180–187.
13. Amore M., Tonti C., Esposito W., Baratta S., Berardi D., Menchetti M., *Course and Predictors of Physical Aggressive Behaviour after Discharge from a Psychiatric Inpatient Unit: 1 Year Follow-up, Community Ment*. Health J., 2013; 49: 451–456.
14. Zanchetti M., *Fra l'incudine e il martello: la responsabilità penale dello psichiatra per il suicidio di un paziente in una recente pronuncia della Cassazione*, in Cass. Pen., 2004, p. 2859 ss.
15. Ware N.C. et al., *Connectedness and cityzenship: redefinig social integration*, in Psychiatric Services, 58:4, 2007, pp. 469-474.
16. Amatulli A., *La posizione di garanzia in psichiatria. Il paziente autore di reato: un difficile equilibrio tra obblighi prudenziali e rispetto della persona*. In Ius in itinere, vol. 1, 2019, pp. 3-19.
17. Amatulli A. et al., *La Psichiatria: confrontiamoci con indagini, procedimenti e sentenze*, In AA.VV., La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici, a cura di Dodaro G., Franco Angeli, Milano, 2011.
18. Secchi B, Calcaterra A., *La nuova risoluzione del CSM in tema di misure di sicurezza psichiatriche. I protocolli operativi: uno strumento di cooperazione e dialogo ai fini della piena realizzazione dei principi sanciti con la legge 30 maggio 2014 n. 81 dettata in tema di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari*, In Diritto Penale Contemporaneo, 5 novembre 2018.
19. Cupelli C., *La colpa dello psichiatra. Rischi e responsabilità tra poteri impeditivi, regole cautelari e linee guida*, In Diritto penale contemporaneo, 2016.

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 Lombarda
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