



# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

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





## 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 



# SOMMARIO

Anno XXXIII • n. 2 • luglio-dicembre

## PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

**Fondata da:**  
Alberto Giannelli

**Diretta da:**  
Giancarlo Cerveri (Lodi)

**Comitato di Direzione:**  
Massimo Clerici (Monza)  
Mauro Percudani (Milano Niguarda)

**Comitato Scientifico:**  
Carlo Fraticelli (Como)  
Giovanni Migliarese (Vigevano)  
Gianluigi Tomaselli (Triviglio)  
Mario Ballantini (Sondrio)  
Franco Spinogatti (Cremona)  
Gianmarco Giobbio (San Colombano)  
Luisa Arosio (Voghera)  
Carla Morganti (Milano Niguarda)  
Federico Durbano (Melzo)  
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)  
Camilla Callegari (Varese)  
Antonio Magnani (Mantova)  
Laura Novel (Bergamo)  
Pasquale Campajola (Gallarate)  
Giancarlo Belloni (Legnano)  
Marco Toscano (Gavagnate)  
Antonio Amatulli (Vimercate)  
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)  
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)  
Emi Bondi (Bergamo)  
Pierluigi Politi (Pavia)  
Emilio Sacchetti (Milano)  
Alberto Giannelli (Milano)  
Simone Vender (Varese)  
Antonio Vita (Brescia)  
Giuseppe Biffi (Milano)  
Massimo Rabboni (Bergamo)

**Segreteria di Direzione:**  
Silvia Paletta (ASST Lodi)  
Matteo Porcellana (ASST GOM Niguarda)  
Davide La Tegola (ASST Monza)

**Art Director:**  
Paperplane snc

**Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori**

### COMUNICAZIONE AI LETTORI

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

**EDITORE:**  
Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1-24127 Bergamo  
Tel. 035 26.63.66 - [info@psichiatriaoggi.it](mailto:info@psichiatriaoggi.it)  
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88  
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

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

## PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:  
[www.psichiatriaoggi.it](http://www.psichiatriaoggi.it)

### IN PRIMO PIANO

**4** Un affettuoso saluto al Direttore Alberto Giannelli di Percudani M. e Clerici M.

**5** Nuovi bisogni e nuovi Servizi per la salute mentale di Percudani M. e Clerici M.

### PARERI

**9** Risposta all'articolo di Amatulli A., in *Psichiatria Oggi* Anno XXXIII n. 1 di Pellegrini P.

### SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

**12** La paura dell'altro, o la follia dell'intimità  
*Distanza personale e distanziamento sociale.*  
di Rabboni M.

**21** Il TSO medico al tempo della Pandemia CoViD-19  
di Ceglie R.

**27** Tra casa e struttura psichiatrica: per chi funziona la Residenzialità Leggera?  
*Uno studio sugli esiti del Progetto Bet della Cooperativa Filo di Arianna (2009-2019)*  
di Dudek C., Casorati A., Corti D., Corti M., Ferrari Treccate J., Laurenzano E., Seregni A., Spinelli S. e Carozzi A.

**37** Melanconia in tempo di CoViD-19  
*Attualità della lezione di H. Tellenbach di Grecchi A., Beraldo S., Maresca G. e Miragoli P.*

**42** Sviluppo e validazione di "AMBRA", uno strumento di valutazione della prestazione degli operatori  
di Rapisarda F., D'Avanzo B., Polizzi M., Boccia F., Gala V., Marinkovic I., Massarotto F., Noris J., Todisco A. e Erlicher A.

**56** COVID-19 e salute mentale  
*Una guida "evidence-based" sulla telepsichiatria*  
di Zangani C., Giordano B., Bonora S., Stein H., Demartini B., Smith K., Ostinelli E., Gambini O., Cerveri G., Cibra C., Poli V., Sacchi P., Macdonald O., Cipriani A. e D'Agostino A.

**67** Appunti per l'integrazione tra servizi psichiatrici e delle dipendenze alla luce dell'ADHD  
di Zita G. e Migliarese G.

### PSICHIATRIA FORENSE

**71** Quando si verifica il suicidio di un paziente in ospedale come si possono individuare i limiti della responsabilità, ai fini risarcitori, dei sanitari  
di Mantovani R.

### POSITION PAPER DELLA SIPLO SULLE SFIDE DELLA PSICHIATRIA NEL NUOVO MILLENNIO

**74** Proposte per una riorganizzazione dell'attività Territoriale in Salute Mentale in Lombardia

**82** Le equipe per il trattamento dei disturbi mentali in età giovanile.

**87** Ipotesi di evoluzione del sistema residenziale psichiatrico Lombardo

**96** La gestione delle emergenze-urgenze psichiatriche e comportamentali

**101** Soggetti Autori di Reato con Patologia psichica

**104** La posizione della Società Scientifica sul tema Soggetti Autori di Reato con Patologia psichica

**110** Commenti da altre società scientifiche



# CONGRESSO NAZIONALE

SOCIETÀ ITALIANA DI PSICOPATOLOGIA

## LIVE VIRTUAL EDITION

Presidente: Prof. Eugenio Aguglia



# resilienza frontiere telepsichiatria

**24-27 FEBBRAIO 2021**

[WWW.SOPSI.IT](http://WWW.SOPSI.IT)

## Un affettuoso saluto al Direttore Alberto Giannelli

*Massimo Clerici e Mauro Percudani  
Presidenti SIPLO*

---

Cari soci è con grande affetto — e perché no, con una certa commozione — che vogliamo salutare oggi il Maestro Alberto Giannelli che termina, con questo numero, la sua Direzione a *Psichiatria Oggi*.

Alberto ha diretto la nostra rivista dal 1988 dopo averla fondata nella necessità di garantire alla disciplina psichiatrica lombarda un punto di riferimento culturale tecnico e scientifico ed un luogo di confronto e discussione. Ciò è avvenuto grazie ad una visione lungimirante dei cambiamenti in atto e ad un legame umano e professionale con gli psichiatri e gli operatori tutti dei nostri Servizi.

In questo arco temporale di oltre 30 anni il prof. Giannelli è stato espressione di una psichiatria colta e sempre collegata agli altri saperi, ha saputo essere interprete dell'evoluzione delle evidenze scientifiche e della loro coniugazione con la clinica e l'organizzazione dei servizi. Ha saputo raccogliere, nel contempo, le suggestioni e le sfide che venivano poste nei luoghi del sapere affini. Non di meno, ha saputo mettere a disposizione di tutti costanti riflessioni sul ruolo della psicoterapia in psichiatria come elemento di comprensione e di trattamento, nonché sulla visione integrata degli interventi clinici, tanto cara al suo Magistero. Ha interpretato, nel tempo, le sfide etiche che ci venivano poste dai trattamenti “senza consenso” fino alle disposizioni su beni spesso indisponibili per i nostri pazienti come la qualità di vita, sempre guidato da curiosità, intelligenza e creatività.

La direzione della nostra rivista verrà affidata a Giancarlo Cerveri che ha affiancato Alberto in questi ultimi anni nel recente passaggio avvenuto, con successo, alla digitalizzazione. *Psichiatria Oggi* non è più da diversi anni una rivista cartacea ma continua ad essere una rivista ricca di contributi a partire dai soci della Società lombarda di Psichiatria, ma capace di ospitare voci autorevoli provenienti da fuori regione e da altre professioni.

Per questo progetto culturale e professionale ormai solido e unanimemente apprezzato siamo grati ad Alberto Giannelli in relazione a quanto fatto finora e a quanto sicuramente farà ancora sempre ospite graditissimo della nostra rivista.

Con queste brevi note volgiamo poi comunicare ai lettori che abbiamo deciso di rappresentare la presidenza della SIPLO nel Comitato di Redazione ed il Consiglio Direttivo della Società nel Comitato Scientifico.

Riteniamo che questo sia il modo migliore per garantire a *Psichiatria Oggi* di mantenere quel ruolo autorevole di organo ufficiale di discussione e di riflessione aperta e coerente come ci ha sempre trasmesso e insegnato il suo fondatore.

## Nuovi bisogni e nuovi Servizi per la salute mentale

*di Mauro Percudani e Massimo Clerici*

L'emergenza sanitaria conseguente alla pandemia da SARS-CoV-2 che ha avuto inizio nel mese di febbraio 2020 ha messo a dura prova la tenuta dell'intero sistema sanitario italiano ed evidenziato problemi e criticità noti da tempo. La scarsità degli investimenti effettuati in Sanità negli ultimi decenni e, in particolare, il progressivo indebolimento dei servizi territoriali, emergono oggi come un elemento di fragilità che si ripercuote anche sull'ambito ospedaliero e rischia di limitare la capacità del sistema di dare risposte adeguate ai bisogni della popolazione.

Nonostante le carenze di personale e gli organici spesso ridotti al minimo, i Servizi di Salute Mentale hanno mantenuto inalterata — anche nel corso dell'attuale emergenza sanitaria — la propria attività e hanno riorganizzato il proprio lavoro sviluppando attività da remoto e mantenendo attivi, senza soluzione di continuità, i percorsi terapeutici sia con i pazienti già in carico che con coloro che hanno effettuato il primo accesso nel periodo critico del Covid. Durante questi mesi è risultato chiaro che la differenza l'hanno fatta le persone, gli operatori tutti, la loro professionalità e la capacità di ascolto, accoglienza e supporto, nonché la disponibilità a caricarsi dei problemi dell'altro e trovare delle possibili soluzioni, a fronte di tante limitazioni. A fronte di tutto ciò non bisogna trascurare la capacità, pur nella tensione e preoccupazione di ognuno, di svolgere una funzione rassicurante per i propri utenti. A fianco degli operatori non si deve dimenticare che anche i nostri pazienti e le loro famiglie hanno fatto la loro parte rispettando regole, procrastinando con pazienza appuntamenti in calendario da tempo, accettando nuove modalità di

relazione e, non di meno, arrivando a comprendere il significato di tante limitazioni...

In un momento di crisi che colpisce profondamente la popolazione in termini di morbilità e mortalità, nonché di ricadute sul piano socioeconomico, e nel quale i Servizi di Salute Mentale sono così profondamente coinvolti, l'auspicio è che il Sistema Sanitario Nazionale e Regionale sappiano trarre insegnamento dall'esperienza in atto e programmare il futuro attraverso una profonda riorganizzazione dei Servizi stessi e con investimenti adeguati alle necessità. Sotto questo aspetto, appare di particolare importanza il lavoro che la Società Italiana di Psichiatria Lombarda (SIPLo) ha avviato a partire dal 2019 con l'istituzione di alcuni gruppi di lavoro che hanno prodotto documenti che forniscono proposte e raccomandazioni proprio per una profonda riorganizzazione dei Servizi di Salute Mentale.

Questo sforzo si inserisce in una traiettoria quasi ventennale che, a partire dal Piano Regionale per la Salute Mentale del 2004 (PRSM 2004), ha visto i DSM (oggi Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze) impegnarsi in una significativa revisione dei percorsi clinici sia in ambito territoriale che residenziale, oltre che nell'attivazione di Progetti Innovativi che hanno dato risultati significativi quando sono stati realmente sostenuti da finanziamenti aggiuntivi e che hanno invece mostrato criticità e rallentamenti di fronte all'impovertimento delle risorse di personale e ad organici dei servizi territoriali non compatibili con il continuo crescere dei bisogni di salute mentale nella popolazione.

In questo numero di *Psichiatria Oggi*, vengono pubblicati i documenti prodotti dai gruppi di lavoro della SIPLo con l'obiettivo di fornire indicazioni e proposte su diverse tematiche cruciali per il futuro dell'assistenza psichiatrica nella nostra Regione:

- a. la riorganizzazione dei servizi psichiatrici territoriali;
- b. la necessità di implementare nuovi servizi multidisciplinari dedicati alla fascia giovanile;
- c. la revisione del sistema della residenzialità psichiatrica;
- d. le indicazioni per una corretta presa in carico dei pazienti con disturbo psichico autori di reato;
- e. la gestione dell'urgenza psichiatrica in pronto Soccorso.

I documenti della SIPLo propongono una riorganizzazione dei servizi di salute mentale attraverso una metodologia fondata sulla necessità di lavorare per progetti di intervento, specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni delle persone e della implementazione di percorsi di cura appropriati. Le indicazioni e le proposte che ne sono uscite nascono dall'esperienza di lavoro realizzata a partire dal Piano Regionale per la Salute Mentale del 2004 e rappresentano una proposta per realizzare gli obiettivi indicati dalla Legge Regionale 15 del 2016. Inoltre — nella realizzazione dei documenti — si è tenuto conto delle indicazioni programmatiche nazionali previste dal Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM, 2013).

A nostro parere, vi sono alcune aree di intervento, da ritenersi prioritarie, sulle quali orientare progetti specifici e differenziati, di livello regionale e locale, che prevedano l'implementazione di percorsi di cura capaci di intercettare le attuali domande della popolazione e che contribuiscano a rinnovare l'organizzazione e l'integrazione dei servizi, le loro modalità di lavoro e i programmi clinici offerti.

In primo piano vi è l'area dei “servizi e percorsi territoriali”, ove viene indicata come prioritaria la differenziazione dei percorsi di cura rivolti agli utenti in carico e l'individuazione di percorsi fondati su una accurata osservazione diagnostica e della valutazione dei bisogni clinico-sociali, in cui siano determinanti non tanto l'inquadramento diagnostico fine a se stesso con finalità eminentemente codificatorie quanto, piuttosto, l'osservazione psicopatologica longitudinale, la conoscenza dello stadio evolutivo del disturbo, la ricerca delle modalità di risposta al contesto terapeutico e l'implementazione delle capacità di critica e di giudizio. In altri termini, un approccio qualificato dall'idea che l'identificazione di un percorso di cura appropriato debba essere sempre effettuata sulla base della valutazione delle caratteristiche peculiari e complesse del singolo caso clinico e che l'identificazione degli utenti non possa trascurare una valutazione multidimensionale che considera le diverse aree concorrenti alla definizione di un “profilo di salute” personalizzato.

In questo ambito è indispensabile tenere conto dell'esperienza condotta nel corso degli ultimi anni sui temi dell'innovazione e della realizzazione di progetti specifici dedicati a bisogni emergenti come quelli di un “intervento precoce nei giovani che presentano disturbi psichici nella fascia di età 15–24 anni”, dei “percorsi costruiti per dare risposte alle donne che presentano disturbi psichici nel periodo perinatale”, dei “progetti dedicati ai Disturbi del Comportamento Alimentare” o di quelli rivolti a “persone straniere che presentano quadri psicopatologici di rilievo”. Le diverse iniziative realizzate nei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze su queste tematiche rappresentano una realtà di assistenza ormai significativa in termini numerici e di risorse investite e necessitano inevitabilmente di essere stabilizzate nell'ambito della rete dei servizi territoriali di salute mentale del futuro.

Un obiettivo di particolare importanza posto dalla Legge 15 del 2016 — e sul quale si è accumulato molto ritardo negli anni passati — riguarda poi i temi della prevenzione in salute mentale e della necessità di realizzare nuovi servizi dedicati alla fascia giovanile. Il modello di Servizio di Salute Mentale rivolto ai giovani e agli adolescenti che si sta imponendo a livello internazionale è caratterizzato dal superamento della storica separazione delle competenze tra le diverse discipline che caratterizzano l'intervento in salute mentale nella fascia d'età dai 15 ai 24 anni (psichiatria, neuropsichiatria infantile, servizi per le dipendenze, psicologia clinica). A livello internazionale, il modello di intervento prevalente evita frammentazioni e si è dotato sia di strumenti clinici per individuare i giovani precocemente che di strumenti organizzativi per raggiungerli, caratterizzarne i bisogni in senso specialistico ed accogliere precocemente quelli che iniziano a manifestare problemi che necessitano, appunto, di intervento precoce. Diverse esperienze realizzate in Lombardia negli ultimi anni rappresentano un esempio positivo in questo senso che dovrebbe essere messo a sistema in tempi rapidi, raccogliendo le evidenze positive dalle realtà locali che le hanno realizzate. Questo approccio, assolutamente non più ritardabile, rientra peraltro — in modo coerente — nella traiettoria di una psichiatria come disciplina che si sviluppa attraverso il ciclo di vita e si declina con un'attenzione specifica e specialistica alla fase giovanile, alla fascia adulta e alla dimensione della senilità.

La complessa tematica che riguarda i progetti per le "persone affette da patologia psichica autori di reato" necessita di criteri condivisi nel definire le responsabilità dei diversi attori in gioco e di risorse aggiuntive per assicurare adeguati e reali percorsi di cura a coloro che sono già in carico. Inoltre, proprio a seguito della realizzazione del Protocollo tra Regione e Magistratura sul tema, è

necessario un attento monitoraggio dell'evoluzione dei percorsi dedicati a pazienti con problematiche giudiziarie e uno sforzo aggiuntivo di riflessione e di confronto su temi quali la distinzione tra assistenza e cura, vigilanza e sorveglianza e controllo sociale. Il documento SIPLo propone, secondo criteri di alto livello tecnico/scientifico ed etico, possibili risposte ad una tematica così complessa e controversa.

Riguardo al tema della "residenzialità psichiatrica" è necessario continuare nell'innovazione - introdotta dal PRSM del 2004 e dalla DGR 4221/2007 - riaffermando espressamente i criteri che hanno rivoluzionato il sistema, passato da strutture rigide, contenitori indistinti di cronicità (post o neo-manicomiali), a strumenti flessibili e differenziati per programmi di cura, riabilitazione e assistenza personalizzati, concepiti come non separati ma integrati con il percorso territoriale. A questo riguardo appare assolutamente indispensabile oggi la definizione di percorsi residenziali dedicati ad utenti con bisogni specifici, quali i disturbi di personalità, i disturbi del comportamento alimentare, le doppie diagnosi e i pazienti con provvedimenti giudiziari. Allo stesso tempo il sistema residenziale deve considerare bisogni emergenti e di forte criticità per il sistema stesso, quali i pazienti in cui il disturbo psichiatrico si manifesta in comorbidità con l'uso di sostanze o la disabilità intellettiva, le problematiche psicogeriatriche, le situazioni di post-acuzie per pazienti dimessi dagli SPDC e che necessitano ancora di ambiente protetto a forte valenza clinica.

Un ulteriore elemento di criticità da non sottovalutare in questo ambito è dato dalla presenza di una rete di strutture residenziali per la salute mentale appartenenti solo all'area sanitaria: ne consegue la mancanza di strutture socio-sanitarie dedicate in grado di integrare bisogni attualmente non coperti. Tale mancanza comporta

significativi problemi nella cura dei pazienti con disturbi mentali gravi, a cui le strutture esistenti sono dedicate. Da un lato, infatti, l'attuale rete di strutture psichiatriche a carattere sanitario non risponde in modo appropriato ed efficiente ai crescenti bisogni assistenziali di alcune tipologie di pazienti, legati sia alla disabilità connessa al quadro psicopatologico che non permette un rientro in famiglia o una vita parzialmente autonoma, sia alle compromissioni fisiche (patologie organiche invalidanti o parzialmente invalidanti) che insorgono prima dell'età prevista per l'ingresso in RSA (65 anni).

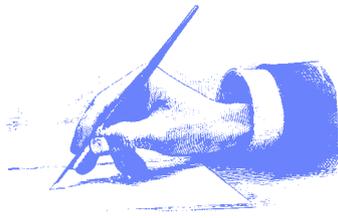
Dall'altro lato, le strutture a carattere sanitario hanno limiti temporali precisi che determinano — allo scadere del termine stabilito — lo spostamento del paziente in una altra struttura, anche perché il *downgrading* dell'intensità assistenziale (da alta intensità a media e bassa) rappresenta un elemento potenzialmente critico, dal punto di vista gestionale, per gli erogatori. Ciò determina, per alcuni pazienti, il passaggio attraverso strutture differenti, invece che il rimanere nella stessa struttura con un'intensità minore di assistenza. La disponibilità di strutture sociosanitarie senza limiti di durata della degenza permetterebbe di porre fine a questi passaggi, favorendo l'inserimento "a lungo termine" di chi abbia prevalenti bisogni socioassistenziali in strutture ad hoc dedicate. La creazione di questa nuova rete di strutture, specifiche per i disturbi mentali gravi, favorirebbe l'appropriatezza nell'assistenza a questi pazienti e ridurrebbe il numero di quelli inseriti nelle strutture sociosanitarie per anziani e disabili.

Le proposte che SIPLo presenta con questi documenti vogliono rappresentare una opportunità di confronto con i diversi attori del sistema di salute mentale e avviare un dibattito che ponga al centro dell'interesse la persona sofferente di disagio psichico e gli strumenti tecnici e

umani per poterla accompagnare in un reale percorso di cura. Una prima condivisione dei documenti è già avvenuta con la Segreteria del Coordinamento dei Primari di Psichiatria di Regione Lombardia (CPPL). Inoltre, alcune associazioni e società scientifiche che rappresentano diverse professionalità che operano nei servizi di salute mentale hanno mostrato interesse e condiviso i contenuti dei documenti. Tra queste, l'Associazione Italiana Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica fornisce un proprio contributo in un commento pubblicato su questo stesso numero.

"L'emergenza psichiatrica in Pronto Soccorso" è, infine, il tema trasversale sul quale si è avviato un proficuo dibattito con le Società scientifiche di Tossicologia e Medicina di Urgenza (SITOX e AcEMC). In questo numero di Psichiatria Oggi è pubblicato il documento SIPLo che presenta le proposte del mondo della psichiatria aperte ad un confronto con i colleghi della medicina di urgenza e della tossicologia con l'obiettivo di giungere in breve tempo ad un documento condiviso che affronti le cruciali e delicate criticità dell'assistenza da garantire al paziente con problematiche psichiche acute che giunge in PS: ciò anche al fine di superare le profonde disomogeneità esistenti negli Ospedali della nostra Regione.

In conclusione di questa presentazione, ci sembra fondamentale indirizzare un sincero ringraziamento, in primis, ai Coordinatori dei gruppi di lavoro — Mario Ballantini, Giuseppe Biffi, Giancarlo Cerveri e Marco Giobbio — e, non di meno, a tutti i colleghi e soci SIPLo che, collaborando, si sono impegnati per dare vita ad una serie di proposte che ci auguriamo possano essere raccolte dal mondo della Salute Mentale e dalle Istituzioni per avviare una stagione di riforme che dia maggiore forza ai nostri Servizi nella difficile sfida di affrontare bisogni sempre crescenti nella popolazione e opportunità di sviluppo a tutta la rete.



# PARERI

*Il contributo che segue è una risposta all'articolo pubblicato nel numero precedente della rivista *Psichiatría Oggi* a firma di Antonio Amatulli, reperibile al [seguito indirizzo](#).*

**G**entile Direttore,  
ho letto con interesse l'articolo "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 Antonio Amatulli "Psichiatria Oggi" N.1: 2020, 78-89 nel quale viene avere citato, considerandolo espressione di una "visione strabica", un mio contributo "La posizione di garanzia e il medico psichiatra", Psichiatria Oggi, XXXII, 1, 2019, a favore del superamento del "doppio binario" e della posizione di garanzia a carico dello psichiatra.

Una tesi ritenuta ideologica, di principio, poco aderente alle pratiche e all'attuale quadro normativo penale.

Concordo con il collega, si tratta di una visione diversa, uno strabismo che tenta di correggerne uno opposto che negli anni scorsi ha visto colleghi, a mio avviso ingiustamente, condannati per atti commessi da pazienti in cura. Condanne maturate all'interno della psichiatria sulla base di perizie che non hanno evidenziato la complessità, la multideterminazione dei comportamenti, i limiti della disciplina e dell'organizzazione che ogni giorno è esposta

ad un rischio "obbligato/subito" e non autodeterminato scientemente (rischio consentito).

Un approccio che finisce con il giudicare ex post le singole pratiche professionali (la prescrizione di un farmaco, un permesso, ecc.) senza vedere l'insieme, le interazioni e le condizioni ex ante. E dopo un incidente è comune trovare qualcosa che non è andato... ma da lì a costruire nessi di causalità c'è una distanza che spesso è la psichiatria a colmare in modo poco scientifico, ma quanto basta ai giudici (leggere le sentenze della Corte di Cassazione del 2008 n. 10795 e 48292).

Se vogliamo essere davvero realisti, occorre essere espliciti circa i limiti della psichiatria quanto a conoscenze, prevedibilità e prevenibilità dei comportamenti umani. Come noto in questo ambito, Harris e coll.<sup>1</sup> rilevano una sensibilità del 73% ed una specificità del 63% degli strumenti per la valutazione e gestione dei comportamenti violenti, il che significa un alto numero di falsi positivi tali da rendere non possibili previsioni fondate. Lo stesso per quanto attiene al suicidio<sup>2</sup>. Occorre anche evidenziare l'assenza di strumenti e di un'organizzazione dei servizi in grado di effettuare in modo legale azioni di controllo, coercizione e limitazione della libertà essendovi limiti precisi sia per i TSO sia per invocare lo stato di necessità.

1. Harris G.T. & Rice M.E. (1997) *Risk appraisal and management of violent behaviour*. Psychiatric Services, 48, 9: 1168-1176. DOI: [10.1176/PS.48.9.1168](#).
2. Geddes J. (1999). *Suicide and homicide by people with mental illness. We still don't know how to prevent most of these deaths*. British Medical Journal, 318:1225-6. doi: [10.1136/bmj.318.7193.1225](#).

Lo psichiatra deve tenere conto dei diritti, delle libere scelte delle persone, essendo gli interventi obbligatori, urgenti e di breve durata e comunque sempre orientati alla ricerca del consenso (possibile). Dare per invece l'impressione di poter prevedere e curare tutto e tutti, in assenza di rischi, solo sulla base della sola competenza professionale potrà forse soddisfare il narcisismo e il senso di onnipotenza e in certi casi può essere un oracolo utile ai magistrati, ma si tratta di un'irrealistica idealizzazione, molto dannosa a operatori e pazienti. A questi vanno riconosciuti diritti e doveri.

In tal senso vanno le proposte di legge di superamento del doppio binario (ultima quella di Franco Corleone) nelle quali si distingue la fase del giudizio da quella dell'esecuzione della pena che dovrebbe essere personalizzata e tenere conto del disturbo mentale e della sua cura, non solo nelle insufficienti Articolazioni tutela salute mentale ma anche in contesti alternativi all'istituto di pena (come per altro prevede, la sentenza 99/2019 della Corte Costituzionale).

La questione della responsabilità è prima di tutto clinica e non giuridica o etica ("devi essere..."), in quanto è essenziale per la relazione di cura che non si può attuare senza il consenso e la partecipazione attiva della persona.

Lo psichiatra può solo curare la persona (e non contemporaneamente anche controllarla) e l'equilibrato bilanciamento tra diritti delle persone e interesse della comunità si ottiene solo con il concorso e la collaborazione interistituzionale, ove i compiti anche di tutela dell'ordine pubblico sono chiaramente definiti. In questo quadro complesso va ricollocata la questione della responsabilità dello psichiatra non più vista come individuale, basata su (immaginate o attribuite) competenze magiche e onnipotenti ma come contributo della cura psichiatrica ad un'attività integrata tra Istituzioni dello Stato.

Se le persone con disturbi mentali hanno in ragione delle loro infermità, una ridotta o assente capacità d'intendere e volere questo significa attribuire loro, anche in assenza di reati, una presunta pericolosità a sé e agli altri

e un'incapacità di agire...il che è quanto avveniva con il manicomio, dove tutti venivano custoditi ed interdetti.

Ma con quale cura?

Ora in un sistema di comunità, in assenza dell'Ospedale Psichiatrico civile e giudiziario, cosa può fare lo psichiatra? Subire attacchi e richieste ogni giorno, segnalare alle Forze dell'Ordine, scrivere a giudici, evitare i casi più rischiosi, fare TSO... in contesti sociali sempre meno coesi? Cadono su di lui molteplici e inestricabili contraddizioni. Questo è il vissuto in molti servizi, su cui grava più la pressione per il controllo che per la cura e come un macigno interiorizzato, il timore della posizione di garanzia.

Persistendo questa cultura (e il codice del 1930) ogni volta che un paziente psichiatrico commette qualcosa, sotto inchiesta finisce anche lo psichiatra, il che con un'altra impostazione, si pensi alle dipendenze patologiche (legge 309/90) non avviene (e non si dica che il problema dell'imputabilità in quei casi non esiste...).

La questione del sostenere le persone nei loro diritti trova poi declinazioni diverse in ambito civile e l'amministrazione di sostegno (che deve essere "per" la persona e non "contro") e lo stesso il TSO, uno strumento eccezionale che va usato con cautela.

Con franchezza, credo che le argomentazioni del collega Amatulli, improntate ad un (solo) apparente realismo e riferite alle norme attualmente in vigore, si inseriscano in quel filone di pensiero e culturale anche giudiziario che dà per scontata la posizione di garanzia (di protezione e di controllo) e finiscano con l'essere funzionali ad un'impostazione che fa poi perno sulla valutazione ideale ed esclusiva delle pratiche professionali (l'obbligo/omissione del TSO e la scelta e dosaggio dei farmaci in primis) decontestualizzate, cioè sostanzialmente deprivate dei determinati sociali e relazionali della salute, non essendovi né norma né organizzazione a tutelare lo psichiatra che in ambito pubblico si trova costretto a farsi carico di chiunque, anche di coloro che non esprimono domanda di cura, autori di reato e non. Ne deriva una sorta di responsabilità "da contatto" (è

sufficiente una visita psichiatrica, nel passato per lanciare un'ombra di sospetto) quando invece, proprio nello spirito di un welfare universale e pubblico, la giusta richiesta di farsi carico di tutti dovrebbe essere bilanciata, protetta dal "privilegio terapeutico" e quindi con una forte limitazione della responsabilità. Questa dovrebbe essere la richiesta unanime degli psichiatri, non per questioni di corporative ma per essere aderenti alla difficoltà del compito. Serve quindi una nuova cultura e come è noto, la cultura a norme invariate è essenziale per applicare le leggi. Basta guardare i 40 anni di sentenze... ma anche le convinzioni e reazioni dell'opinione pubblica.

Come scrive Amatulli, citando la Cassazione, per applicare la posizione di garanzia (in particolare "di controllo") a carico dello psichiatra, dell'equipe dovrebbero essere esplicitate ex ante le linee guida e le buone pratiche. Purtroppo non ve ne sono a livello nazionale e tanto meno di condivise con la magistratura.

Per ora, quando si rimanda all'ars medica in questo ambito si tratta al più di opinioni prevalenti tra clinici o periti, incentrate spesso solo su una visione biologica e psicofarmacologica, (dimenticando 30% di resistenti agli antipsicotici, l'uso di sostanze, doppie e triple diagnosi, il persistente rifiuto delle cure, la suicidalità continua ecc.), enfatizzando il potere del TSO e capacità prognostiche non sono sostenute dalle evidenze scientifiche.

Quindi se la cura ha dei limiti evidenti a mio parere occorre essere espliciti anche su quale e come debba essere il controllo e ancor più la custodia e privazione della libertà dovuto e attuabile da parte dello psichiatra e dell'organizzazione dei servizi (non esplicitato nemmeno per le REMS vedasi Decreto Min. Salute 1 ottobre 2012), ma anche delle altre istituzioni magistratura, forze dell'ordine, DAP, garanti delle persone private della libertà, utenti, familiari e associazioni della società civile.

L'idea di una magistratura che dispone e sorveglia e di altri che operano va ampiamente superata. Quindi le buone pratiche vanno definite, e vi abbiamo provato relativamente alle REMS (in allegato). È un lavoro ancora

parziale ma che andrebbe completato e validato da una consensus conference.

Infine, concordo quando con Amatulli che il tema dei percorsi giudiziari è affrontabile dai dipartimenti di salute mentale dipendenze ma proprio per questo trovo fondamentale superare l'attuale concezione della posizione di garanzia. Ringrazio la direzione della rivista di Psichiatria Oggi per l'ospitalità e credo sia utile lo scambio dialettico, anche a distanza perchè le posizioni vanno conciliate prima di tutto all'interno della psichiatria, premessa di un rapporto paritario con la magistratura. Non possiamo restare tra l'incudine e il martello...

Forse occorre correggere lo strabismo, ma anche la miopia.

Un cordiale saluto

*Pietro Pellegrini*

---

AFFERENZA AUTORE:

*Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale*

*Dipendenze Patologiche Ausl di Parma*

*Largo Palli 1B, 43126 Parma*

*Tel. 0521 396624*

*Cell. 335 6958847*



## La paura dell'altro, o la follia dell'intimità.

*Distanza personale e distanziamento sociale.*

*Massimo Rabboni\**

### ABSTRACT

Introdotta tra le principali misure per il contenimento della pandemia, il "distanziamento sociale" (interpersonale, in realtà) ha profondamente e bruscamente modificato uno dei principali elementi chiamati a regolare i livelli di intensità della relazione tra le persone. La distanza dall'altro significa nelle prime fasi di sviluppo fine della simbiosi originaria e nascita dell'individualità, poi sviluppo dell'autonomia, possibilità di un accostamento libero e selettivo, gioco nella costruzione di relazioni tra individui e gruppi. Manipolare questa distanza, indipendentemente dalla finalità per cui questo accade, significa dunque riattivare registri delle psico(pato)logia, che coinvolgono la costituzione del Sé, la funzione della cura, come modalità fondamentale dell'essere nel mondo, la funzione della pelle, con la sua capacità di mantenere intatta la nostra forma pur con una selettiva permeabilità; la paranoia, registro della confusione delle cause, ma anche proprio di una distanza irregolare, avvertita come nocigena. Tutto questo, inevitabilmente, muove registri di malessere, che chiedono di essere presi in carico, secondo la consuetudine del nostro lavoro; un po' più complessa, questa volta, per la necessità di stabi-

*La potenza della parola  
nei riguardi delle cose dell'anima  
sta nello stesso rapporto  
della potenza dei farmaci  
nei riguardi delle cose del corpo.*

Gorgia di Lentini

lire, o ri-stabilire relazioni di cura, che proprio nella libera oscillazione della distanza hanno il loro fulcro.

Una prima presa di distanza segna, per ognuno, l'atto stesso dell'emergere al mondo. Attraversare il

canale del parto, separarsi dal corpo della madre, acquistare col taglio del cordone ombelicale la possibilità di una distanza non più limitata, che diventerà poi sinonimo di libertà.

Echi di questa esperienza originaria, arcaicamente vitale, biologica eppure fondante l'esperienza della consapevolezza di un Sé possibile, in quanto esistente e, appunto, separato perché distante si ripercuotono nell'esperienza di vita di ogni essere umano (Rank, 1996), e riecheggeranno particolarmente quando questo essere umano andrà scoprendo l'esistenza degli altri, e dovrà regolare — con loro e da loro — la misura della distanza.

Per il bambino, prossimità stretta equivale a necessaria dipendenza: un po' prima dei tre anni, ciascuno di noi è chiamato a confrontarsi con due possibilità: se camminare tenendo la mano della mamma, sicuro e stabile, ma con un raggio esploratorio di 70 centimetri, o accettare il rischio di cadere, forse anche

rovinosamente, ma con la libertà di raggiungere il mondo intero.

Cominciamo allora con una variante dell'idea di distanza interpersonale sin qui non mai considerata: non la distanza, ma il *distanziamento sociale* (o personale, in realtà: perché quello stare distanti è il contrario esatto dell'essere *socci*, insieme, amici, vicini...): a seconda dei casi, e dei produttori di norme, un metro, o due, o uno e mezzo...

Cosa veicola, ma anche cosa fa sperimentare a chi la attua, una presa di distanza dall'altro, da un altro, da tutti gli altri? Come cambia il sentire di un adulto (o di un bambino: non dimentichiamo quel che è accaduto e accadrà con la scuola) con un cambiamento della regolazione della distanza che, prima di ogni altra cosa, rende acutamente consapevole una categoria normalmente implicita in schemi culturali più generali?

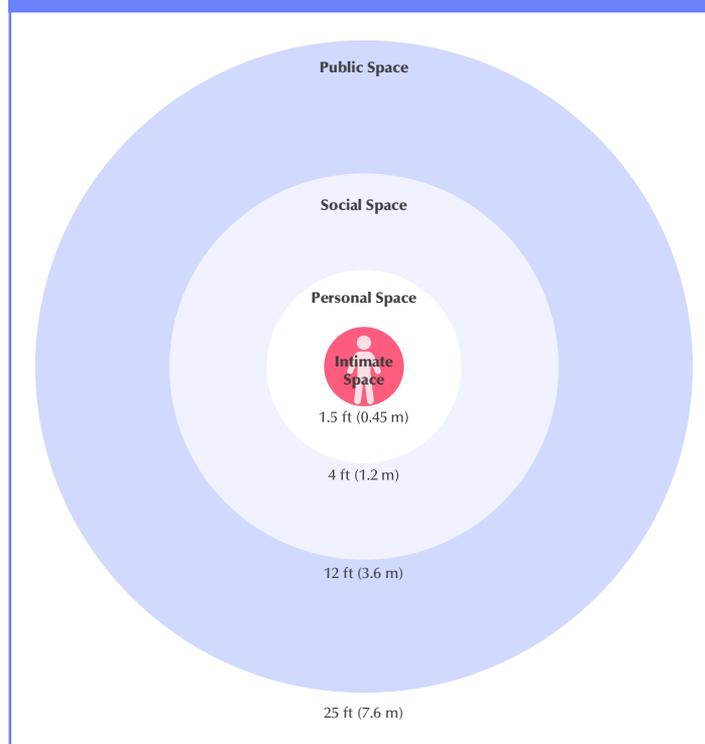
Regolazione della distanza non scontata, e non casuale, ma radicalmente fondata in un universo culturale tanto personale quanto sociale. Prosemica è definita la disciplina sociologica e antropologica che si occupa di questo tema e che si può descrivere come lo studio di come l'uomo struttura inconsciamente i micro-spazi – le distanze tra gli uomini mentre conducono le transazioni quotidiane, l'organizzazione dello spazio nella propria casa e negli altri edifici e infine la struttura delle loro città (Hall, 1968).

Sono quattro le distanze normalmente intercorrenti tra le persone, con significati, necessità e potenzialità diverse, a seconda della storia della

relazione intercorrente tra i soggetti partecipanti e della loro intenzione nel momento attuale:

- La **Distanza Intima** è la distanza dei rapporti intimi (es. tra partner) e sconfina nel contatto fisico; a questa distanza, si può sentire l'odore, il calore dell'altro e si possono avvertire le sue emozioni; gli sguardi diretti poco frequenti; il tono delle voce è più basso, così come il volume.
- La **Distanza Personale** è la distanza adottata da amici o da persone che provano attrazione per l'altro: a questa distanza, si può toccare l'altro, lo si guarda più frequentemente che nel caso della distanza intima, ma non se ne sente l'odore.
- La **Distanza Sociale** è una distanza formale adottata nei rapporti formali: con impiegati negli uffici, con commercianti, con professionisti.
- La **Distanza Pubblica** è la capacità di percepire una persona o di farsi percepire a distanze superiori a due metri; normalmente, a questa distanza siamo percepiti come parte dell'ambiente. È presente solo in chi ha personalità pubblica.

Figura 1 — Edward Hall, *La dimensione nascosta*



La bolla prosemica è allora uno spazio che insieme non può, eppure deve essere valicato, tanto rispetto ad una relazione esistente, quanto rispetto alla possibilità dell'accaderne una di nuova. Una relazione amorosa esige per il suo mantenimento rasserenante una distanza intima costantemente tenuta, e talvolta ulteriormente violata (la sessualità è, tra molte altre cose, l'abolizione della distanza inter-individuale, nel

momento della condivisione dei corpi); una relazione amicale chiede, almeno alle nostre latitudini e nella nostra cultura, la possibilità di un abbraccio; il nascere di una relazione è arduo, se la modulazione della distanza non può entrare in questo percorso di costruzione, come parte dell'esperienza dell'altro.

Si dice del resto di una persona fondamentalmente anaffettiva, o spaventata dalla possibilità di provare affetti o emozioni che è un individuo che "tiene le distanze...".

Ma l'altro — ed è la domanda cardine della paranoia — quanto è un nemico temibile, che invade il nostro spazio per sottrarci qualcosa se non per ferirci, e quanto è invece una presenza necessaria e di sostegno, capace di prossimità non intrusiva ed arricchente?

Regolazione abituale, "normale", della distanza che la pandemia ha ovviamente del tutto disarticolato, proponendo un nuovo modello del tutto privo di riscontri affettivi o di significati rispetto alla risonanza intima, ubiquitario nella sua assertività prescrittiva, e quindi attivante meccanismi di relazione (e di difesa dall'altro!) almeno in larga parte inattesi.

O, forse, attesi ed anche noti, ma nei confini della psicopatologia e non in quelli della (sufficientemente sana) vita quotidiana, dove si sono però esplicitati ed affermati, producendo modalità di relazione, o forse ancor prima modalità di con-stare, di occupare un medesimo spazio del tutto inusuali nelle circostanze della vita quotidiana.

Sono allora almeno quattro i registri fondamentali della psico(pato)logia, che sentiamo chiamati in causa dal distanziamento sociale pandemico:

- la costituzione del Sé, che abbiamo visto si fonda sulla originaria presa di distanza dal corpo della madre, sulla rottura della simbiosi, e quindi sulla introduzione della presenza del terzo, il padre, che sostiene questa rottura e la rende progressiva ed intenzionale;
- la cura, e con essa i registri della depressione e della difesa maniacale, che si fondano sulla possibilità di ritrovare proprio nel corpo della madre, ormai altra ma prossima, il nutrimento e il calore;

- la funzione della pelle, o della capacità di demarcare il Sé dal non-Sé in un modo insieme saldo per evitare il rischio di temibili intrusioni, ma anche della gassosa dispersione di ciò che è personale e proprio in uno spazio indeterminato;
- la paranoia, appunto, come tentativo di difesa da un altro che si fa temibile perché non evidente, non comprensibile, e che necessita quindi di spiegazioni attraverso la scoperta di nuove leggi e la loro implementazione, anche oltre l'ordine della comprensibilità consueta.

– Se tutte queste sono, come sono, categorie del pensiero psicopatologico tra le più generali e note, per alcune di esse oggi, e da tempo, si sono già posti elementi di maggiore e più sottile criticità.

Il concetto di identità liquida di Bauman (Bauman, 2011) (ma forse dovremmo più pensare ad una identità gassosa, proprio a rischio di dispersione molecolare) si fonda sull'idea che l'identità non è una condizione permanente ed interna alla persona che ne è titolare, ma è la somma dei ruoli sociali che la persona è chiamata in momenti e contesti diversi a ricoprire. Ma allora, se è sospesa la possibilità dell'incontro sociale, su cosa si fonda l'identità? O forse, l'essere titolari di una identità personale diviene un assoluto privilegio di chi è titolare di una immagine sociale (politica, o scientifica...) supportata dai media che, garantendo la possibilità di essere visibili, garantiscono la possibilità di essere tout-court? *Cogitor, ergo sum?* Sono, non perché penso, ma perché sono pensato? E quanto l'essere pensato si fonda sull'essere visto?

Così nasce una nuova e per ora illeggibile dimensione della distanza. È più terrifico chi dal video ci annuncia regole e ci dà notizie terrifiche, essendo per definizione grande e potente nella sua lontananza (o vicinanza solo astratta, virtuale come oggi si dice) o chi da una stretta prossimità, essendo solo un passante per noi non pertinente, ha però starnutito?

## IL SÉ

Essere, esser-ci. Non si può esistere in una forma identitaria stabile e sicura, se non in rapporto ad un esterno, che ci limita ma insieme ci conforma. Si esiste in un contesto, in un accanto a, in un con qualcuno, in una stanza che è o può essere abitata da altri, in una fabbrica, in un ufficio, in una scuola, in un'aula universitaria...

Ma questi luoghi, sono a loro volta ancora luoghi, se deprivati da una presenza umana? Alla fine della seconda guerra mondiale, gran parte dell'Europa era ridotta ad un cumulo di rovine. Bombardamenti incessanti e reciproci avevano devastato vite e luoghi di vita, tanto che non era rimasto quasi nulla (foto Angelo di Dresda) delle case, delle chiese, dei luoghi di produzione e di commercio che prima avevano dato senso all'identità delle persone. Ma almeno, nel dramma di quelle rovine, era chiaro ciò che era avvenuto: una bomba, sganciata da un aereo nemico, aveva abbattuto e incendiato la casa; il nemico era certo, i vicini ti avevano aiutato per quanto avevano potuto... e poi, dopo, si poteva cominciare a raccogliere le macerie (per prime, in tutta Europa, lo fecero le donne, forse più capaci di conservazione e di cura). Questa volta, il nemico è invisibile, dai contorni incerti; nessuno lo conosce (essere esperto significa avere fatto esperienza di una cosa; impossibile, se quella cosa non è mai esistita prima); non distrugge nulla, ma lascia i luoghi vuoti, di persone e di senso. Che significa (proprio, di che cosa è segno) una scuola, o meglio a questo punto un "edificio scolastico"



Figura 2 — Jules Bissier, *Autoritratto*

vuoto per mesi di presenza umana, nemmeno pulito ed arieggiato? O una università, appunto universale comunità di individui e di saperi, intatta ma vuota? E una fabbrica, in cui forse ancora presenti e attive sono solo le macchine, i robot del 5G, ormai incontrastati nella loro sicura immunità al nemico invisibile? Che non è solo il virus. Difficile accogliere con serenità regole che, pezzo a pezzo, smontano gli elementi costitutivi di una identità che, dicevamo, è una somma di ruoli sociali; e proprio nel virtuale, nell'essere tutti *avatar* di

se stessi, nel doversi rappresentare, ci radica l'altra domanda: ma io, ci sono, se nessuno mi vede? O mi vede come un bambino solo e a condizione quindi che io sia dipendente e con il rischio di regressioni...

E lo stesso è dei corpi. Somiglia terribilmente, l'infezione, ad una malattia mentale. Una sofferenza profonda, pervasiva, devastante, mortale a volte, ma invisibile. Come i nostri più abituali pazienti, i cui familiari, a fronte del dilagare di una crisi psicotica, ci chiedono se abbiamo fatto la risonanza magnetica... E del resto, da Foucault sappiamo che è in fondo il nostro destino, di vedere i manicomi crescere su antichi lazzaretti.

E se il padre, il terzo che rompe la simbiosi e la sua fusionalità letale, è colui che detta le regole, colui che ci preserva a prezzo però del tenerci improvvisamente e radicalmente lontani, allora la madre da cui dobbiamo essere separati è il virus, che altrimenti ci ucciderebbe (Bion, 2007)? Un altro aspetto della lontananza, su cui riflettere;

perché poi ci sono anche le madri delle madri, ed i padri dei padri, le generazioni degli anziani, che tra tante funzioni hanno quella di incardinarci nel

tempo e di facilitare, in quanto portatori di un passato più lontano e quindi ricco di opportunità, perché non più costringitivo, l'assunzione consapevole del presente e della sua rappresentazione interiore. Ma cosa accade di tutto questo se gli anziani si perdono tutti insieme e se la presenza condivisa insieme di più generazioni diventa un pericolo letale? In ebraico, per dire "storia" si dice "midor ledor" che letteralmente significa "di generazione in generazione". Che identità si costruiscono, se il filo si spezza, o se anche, reciprocamente, occorre gettarsi nella follia di una intimità necessaria, ma così pericolosa?

## SECONDA, LA CURA.

Gli esseri umani sono animali neotenici; l'esperienza dell'aver bisogno di cure per sopravvivere ed il ricordo di averle ricevute è parte del vissuto di ciascuno di noi. Improvvisamente ed incomprensibilmente, il filo si spezza (Heidegger, 2006). Non possiamo più curare, perché rischieremo di uccidere chi vogliamo curare, di essere uccisi noi stessi, di diventare veicolo di morte per molti altri; e tutto questo in un modo impercettibile ed insensibile, mentre sensibile e lesiva è la sensazione rispettivamente dell'impotenza e dell'assenza. Una morte non accompagnata, priva dei riti prescritti per separarsi senza rabbia dal defunto, e per placare la sua rabbia, per non essere stato abbastanza accompagnato in

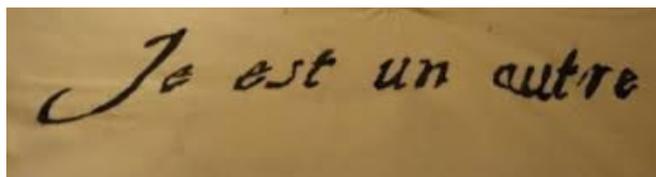


Figura 3 — Arthur Rimbaud, Lettera del veggente

depressione è anche l'impossibilità di intenzionarsi costruttivamente nel futuro, senza avere (ed è forse la radice della malattia) o avendo perduto (in questo improvviso stravolgimento di percorsi umani) la certezza di una base sicura, amorosa e accogliente, alla qual poter ritornare, e da poter offrire a chi viene dopo di noi.

La depressione è anche scoprire, come ci ha insegnato Melania Klein (Klein, 1994), che la persona che abbiamo odiato per la sua improvvisa, incomprensibile assenza è la stessa persona che amavamo disperatamente per il suo saperci portare cura, e vicinanza, ed è il trovarci annodati nell'impossibilità di salvarne l'immagine dentro di noi. Quanto contorto diventa questo nodo, se l'assenza, la lontananza, la privazione diventano improvvisamente funzioni della cura, perché il loro contrario, per tutti così gentilmente abituale, è divenuto mortifero?

E i bambini, che fondano sullo spazio di intimità l'unica certezza per loro possibile dell'essere voluti e amati dai loro adulti e dell'essere visti, pensati e accettati dai coetanei, se questo spazio di intimità regolata è improvvisamente ed inconsapevolmente precluso? Forse, dobbiamo già oggi cominciare a pensare a meccanismi di protezione e di riparazione, per evitare di costruire una generazione a forte rischio di sofferenza.

Protezione e riparazione, non negazione, che è la difesa maniacale dal dolore depressivo. Facile, l'insinuarsi di questa di-



Figura 4 — Riparazione... L'archeologia dell'avanzante.

fesa. Può essere l'illusione dell'autosufficienza assoluta (se basto a me stesso, se sono gloriosamente onnipotente nel mio solipsistico esserci, che male mi può mai venire dall'assenza, dalla separazione, dalla privazione della presenza degli altri?); può essere l'illusione distorsiva della proiezione di sé nel tempo ("Andrà tutto bene": l'auspicio si può formulare, ma non sappiamo se, quanto e quando si realizzerà: intanto non è certo stato così); può essere un moto continuo, illusionariamente riparativo, ma in realtà afinalistico: strenua attenzione per i dettagli, continua messa in atto di azioni pensate come protettive o, al contrario, inconsultamente risarcitorie di privazioni patite.

Difficile, come si sa, ottenere che un maniaco rinunci alle proprie difese, per affrontare, come è prima o poi inevitabile, la depressione che è, subito dietro, in agguato. Ancora più difficile che questa rinuncia avvenga in una forma tale da consentire una riparazione possibile al dolore: scoprire che non si è affatto autosufficienti ed onnipotenti può trascinare verso ricerche di condivisioni orgiastiche agite o rappresentate; difficilmente porterà, senza aiuto, verso il ripristino di relazioni necessarie, e come tali da affrontare umilmente. Cosa per altro difficile, se l'incontro anche fisico, necessario almeno in qualche tempo, perché una coesistenza ed una reciprocità si strutturino, è impedito.

LA PELLE, UN CONFINE ELASTICO E POROSO O UN MURO?

La funzione della pelle, o la certezza delle demarcazioni tra il Sé ed il non-Sé e della possibilità dello scambio.



Figura 5 — Dalla copertina del volume di Didier

Se la pelle è l'involucro del corpo, allo stesso modo l'Io tende ad avvolgere l'apparato psichico.

L'Io-pelle si presenta come un concetto operativo che definisce il modo in cui l'Io si appoggia sulla pelle e implica un'omologia tra le funzioni dell'Io e quelle del nostro involucro corporale: limitare, contenere, organizzare. L'idea che l'Io, come la pelle, si strutturi in un'interfaccia consente anche

di arricchire le nozioni di frontiere, limiti, contenitori, nella prospettiva del nostro lavoro. Inoltre, la pregnanza concettuale dell'Io-pelle permette di comprendere meglio una realtà clinica complessa: il sovrainvestimento o la carenza di una funzione dell'Io-pelle servono a spiegare tra l'altro — come ci ricorda Didier Anzieu (Anzieu, 2017) — la distinzione tra personalità narcisistiche e borderline.

Ma la percezione della funzione contenitiva e protettiva della pelle cambia non poco, se questa pelle si trova ad essere continuamente disinfettata, perché a rischio di una contaminazione mortale. Allora, o ci si irrigidisce in una sorta di corazza, più simile al carapace di una testuggine, che forse difende dalle infezioni, ma certamente immobilizza, blocca in una forma imm modificabile, impedisce gli scambi essenziali, vivificanti, tra l'interno e l'esterno e quindi risulta essa stessa mortifera (tale è, infatti, l'arresto delle funzioni vitali di relazione con l'ambiente e gli altri); oppure si corre il rischio, si permette che le proprie barriere — la propria pelle — continuino ad essere permeabili, ma accettando con questo un rischio straordinario. Infatti, se la pelle non è più capace di proteggerci dalla penetrazione ostile dell'ambiente, se si è fatta, improvvisamente ed inconsultamente, permeabile,

allora questa permeabilità violata e violenta vale anche per il percorso opposto, dall'interno all'esterno: le parti che ci costituiscono, la storia, le relazioni, gli affetti, non più contenuti in una forma coerente e costante possono, ad ogni momento, disperdersi nel vuoto, lasciandoci privi di noi stessi. Un'altra morte, evocata dall'incertezza.

È l'intimità, uno stare accanto vivificante e arricchente, ma anche semplicemente gioioso, che non a caso si dice "pelle a pelle"? Il rischio dell'annichilimento è evidente.

## LA PARANOIA

Subito dopo, il rischio della paranoia, e delle potenti, ma esiziali difese che questa evoca.

Paranoia è, prima di tutto, stravolgimento e negazione del normale ordine noematico della interpretabilità; è ricerca di nessi e relazioni causali, che negano l'esistenza del caso, e presuppongono quindi che ogni evento vissuto come negativo per sé sia originato dalla volontà (evidentemente ostile) di uno o, più spesso, di molti altri, legati tra loro da un legame forte e solidale, tanto temuto quanto invidiato.

Un legame di affetti, di comunanza di intenti, di azioni condivise, tutte portate contro il soggetto e che, nei casi estremi, lo lasciano del tutto solo e deprivato, a fronte del legame che, contro di lui, tiene uniti tutti gli altri esseri umani del mondo. Con chi si può essere intimi, se non ci si può fidare di nessuno, perché tutti sono parte del complotto; se accettare intimità significa solo arrendersi di fronte ad una aggressione impalpabile ed invisibile,

ma che, alla fine, riempie la vita (che sarebbe altrimenti troppo solitaria) e riempie il tempo (che sarebbe altrimenti troppo vuoto di senso)?

Cifre della paranoia sono l'inversione degli ordinari rapporti che legano spazio e tempo (con la percezione ristretta ad un istante infinitamente piccolo, in cui però sembra farsi visibile l'intera rete di correlazioni e nessi che legano tutti gli eventi del mondo); la negazione del caso, a favore di una causalità cui nulla sfugge; l'invidia, per il legame anche affettivo che unisce tutti "gli altri", i persecutori; una sorta di disperata megalomania riparatoria: solo per essere oggetto delle trame più oscure, la persona diviene però centro di attenzione del mondo intero (Pantaine-Anzieu, 2002).

Facile pensare a come questo tipo di pensiero si sia — e sia stato — implementato in questo momento, in cui piuttosto che credere alla cieca, casuale mutazione di un virus che lo ha reso pericoloso, fino alla letalità, per gli esseri umani, sembra più rassicurante credere a un fatto causato, invece, dall'uomo, nell'ambito di un percorso

di causazione volontaria: c'è un nemico con cui prendersela, ma c'è anche — sottesa — la possibilità di un governo del processo, che lascia sperare che ciò che è stato fatto possa esser disfatto dagli stessi che ne sono stati autori.

La difesa più potente contro la paranoia è, come noto, l'ossessività anancastica (Wittgenstein, 1999). Non a caso, in quest'ultima, i rituali di pulizia ("washers" e "checkers") occupano un posto di grande rilievo: bisogno lavare e lavarsi, per

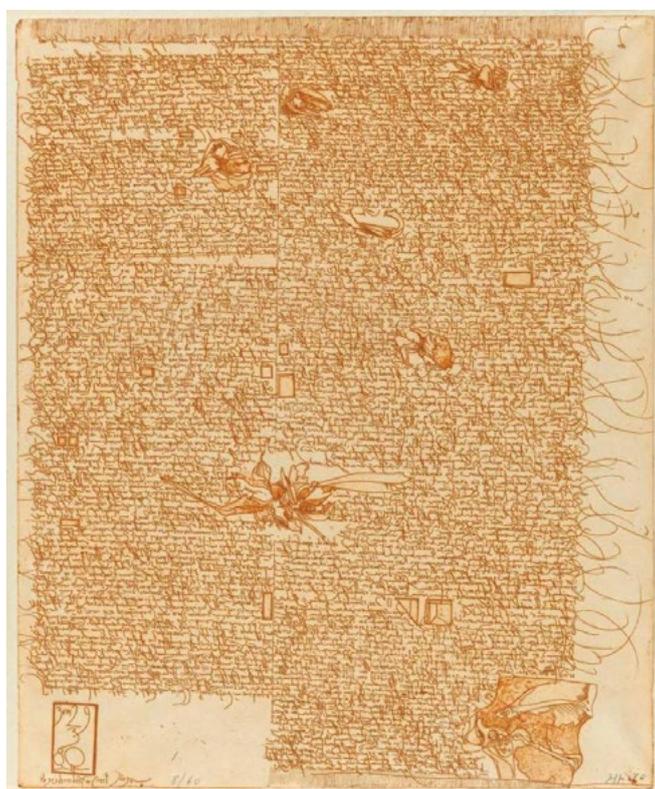


Figura 6 — Horst Janssen *Nigromontanus* Foglio 4

allontanare l'impurità (che è l'altro, l'alieno, il pericolo perché diverso) e per allontanare la colpa, come Lady Macbeth; ma soprattutto bisogna, nel caos delle cause che si è affermato nel mondo, riportare l'unica forma d'ordine possibile, che è quella della ripetizione infinita, di una ritualità che si fa quasi liturgica, rassicurante perché ogni passaggio anticipa con certezza, ed attesta la necessità, del successivo.

L'esito è stato, non di rado, una claustrazione ben più restrittiva e lunga del necessario, intessuta di riti quasi magici: tre / quattro ore per sistemare la spesa, portata ovviamente a domicilio, con una alternanza precisa di alcool e amuchina sui pacchetti e sugli scaffali...

Fuori, e dentro. Vissuti che oppongono la ancora rassicurante certezza della immunità del "dentro" alla pericolosità dell'infezione, che si aggira "fuori". Ma cosa succede quando questa rassicurante certezza sembra venire meno, nell'ipotesi realistica che un "congiunto" si infetti, ma soprattutto se — fuori da ogni evento reale — comincia a vacillare il senso di protezione rassicurante fino ad allora implicito nelle relazioni intime? Perché l'intimità ha una inevitabile, anche se controllata, dimensione di follia, e ci evoca nell'ordine tutto ciò che abbiamo sin qui detto parlando dell'esterno: siamo in relazione, o in simbiosi? La nostra identità si accosta amorosamente a quella di un altro, o ha bisogno di compenetrarsi per restituire, come protesi esterna, una parte mancante? Ed è proiettata nel futuro, ed in una aspirazione di vita condivisa, o è smarrita ricerca di una età dell'oro della nostra biografia, che comunque non farà mai più ritorno? E se l'altro, l'altro che è altro ma che pure amiamo, sembra essersi perso in qualche rituale difensivo da cui non riesce ad uscire, e da cui non ha più tempo per noi né, forse, una visuale che ci contenga?

Eventi tutti, e domande, che non sono mai esclusi nel tempo della vita, ma che questo particolare tempo pone con forza non usuale, perché proprio la sua rigidità sembra sottrarci quello spazio di libera oscillazione, di libertà

più lieve che ci consente di appoggiarci in modo elastico e sciolto a ciascun nodo della rete delle nostre relazioni e dei nostri affetti, potendo così fruire di quella che, nei limiti della psicopatologia, possiamo chiamare libertà.

Ultimo, ma non ultimo, il sintomo. Se queste sono le diverse strutture interne che possiamo pensare siano più di altre attivate nel tempo della pandemia, e quel che abbiamo detto sin qui può esserne il senso, è anche necessario chiederci quale sintomo esse producano, che le rende visibili all'esterno, che rende esplicito il disagio ed il loro potenziale nocigeno e che, talvolta o spesso, induce chi ne è portatore a chiedere aiuto.

In forme diverse, il sintomo cardine — nella sua apparente aspecificità — è l'ansia. Cronica, sottilmente pervasiva o acutamente esplosiva nella forma del panico (questo forse importa alla fine un po' meno) l'ansia è la rivitalizzazione dell'arcaica paura del buio — dell'ignoto — come anche della perdita: degli affetti, dei legami e di quel che si ha; è prospettiva di un peggioramento immaginato dell'esistenza, tanto più temibile in quanto indeterminato; è sottile spavento per l'aggressività che avvertiamo in noi come forza distruttiva — potenzialmente — anche dei legami più intimi, e che non possiamo però non avvertire come nostra, quando ci ritorna dall'esterno.

Sintomo, evidentemente, che deve esser ben compreso per poterlo curare.

Ma — ed è lo specifico del nostro mestiere — non è mai possibile curare un sintomo, senza prendersi cura di una persona. Tutto ciò che accade, tutto ciò che abbiamo provato a narrare, non accade se non nella dimensione di un incontro. Distanza ed intimità, depressione e paranoia, scaturiscono dall'incontro tra ciò che il mondo fa accadere (che è quindi suppergiù uguale per tutti) e l'unica, irripetibile biografia identitaria della persona che di questo accadere fa esperienza, e che ne ha percezione singolare e propria, fondata su un modo di essere nel mondo che condiziona, integra e segna il sentire, il capire e l'intendere, ben prima che il reagire.

---

In questa unicità, come sempre, lo specifico del nostro lavoro: ancora incontro con l'altro, offerta all'altro di un possibile incontro che sia anche possibilità di una attribuzione di senso, attraverso la quale soltanto, nella forma di una relazione regolata e riparativa, si installa ed opera la possibilità della cura.

## BIBLIOGRAFIA

1. Otto Rank, *Il trauma della nascita*. Trad. it. SugarCo Edizioni, Milano, 1996.
2. Edward T. Hall, *La dimensione nascosta*. Trad. it. Bompiani, Milano, 1968.
3. Zygmunt Bauman, *Modernità liquida*. Trad. it. Laterza, Roma-Bari, 2011.
4. Wilfred R. Bion, *Memoria del futuro. L'alba dell'oblio*. Trad. it. Raffaello Cortina Editore Milano, 2007.
5. Martin Heidegger, *Essere e tempo*, ed. it. a cura di F. Volpi sulla versione di P. Chiodi, Longanesi, Milano, 2006, § 26.
6. Melania Klein, *Contributo alla psicogenesi degli stati maniaco-depressivi (1935)*. Trad. it. In: Scritti, Bollati Boringhieri, Torino, 1994.
7. Didier Anzieu, *L'io-pelle*. Trad. it. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2017.
8. Marguerite Pantaine-Anzieu e Jacques Lacan, *Della psicosi paranoica nei suoi rapporti con la personalità (1932)*. Trad. it. In Scritti, Einaudi, Torino, 2002.
9. Ludwig Wittgenstein, *Della certezza. L'analisi filosofica del senso comune*. Trad. it. Einaudi, Torino, 1999.

---

AFFERENZA DELL'AUTORE:

\*Psichiatra, psicoterapeuta, Milano

Già Direttore DSMD ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo

# Il TSO medico al tempo della pandemia CoViD-19

Rosanna Ceglie\*

## INTRODUZIONE

L'interesse per il "TSO medico" è nato nell'ambito dell'intensa attività di consultazione / collegamento che il Servizio Psichiatrico svolge da anni ed è correlato con la pandemia Covid-19, attuale causa di una pressione enorme e senza precedenti sul servizio sanitario nazionale. Il riferimento è a quell'area della Psichiatria che si dovrebbe occupare — secondo una definizione datane quasi 50 anni fa (Lipowsky, 1974) — non solo delle attività cliniche presso altri reparti, ma anche della ricerca (e dell'insegnamento) condotte dagli psichiatri (o altri operatori della salute mentale) presso strutture non psichiatriche di ospedali generali e, diventando via via la medicina generale sempre meno centrata sull'ospedale e più sul territorio, partecipare a questo passaggio.

Nella pratica quotidiana di consultazione-collegamento gli psichiatri si trovano spesso di fronte a numerosi e spinosi aspetti medico-legali (diritto a rifiutare o meno un trattamento, consenso informato...) e non v'è dubbio che la maggiore preparazione possibile riguardo a questi aspetti fornisca loro gli strumenti migliori per una buona assistenza clinica, senza essere oppressi da paure non realistiche e/o da manovre difensive. In questo modo si aumentano le possibilità di un esito clinico favorevole e del mantenimento di un buon rapporto con gli altri specialisti

ed i MMG. Queste considerazioni rappresentano, in questo momento storico delicatissimo, la base di partenza dell'interesse per il TSO medico.

## CENNI STORICI

La ricerca sull'argomento evidenzia le profonde radici storiche, in Italia, dell'attenzione medica verso le malattie infettive e le epidemie come quelle di peste che nel XIV secolo, colpirono l'Europa determinando la scomparsa di circa un quarto dei suoi abitanti. Fra la fine del '400 e gli inizi del '500 Girolamo Fracastoro, letterato e medico italiano, anticipò — come medico — l'idea che le malattie contagiose siano causate da germi. Le sue opere anticipano di ben tre secoli quelle di Pasteur e Koch.

Sempre in Italia si compirono i primi tentativi di reperire espedienti efficaci e duraturi, sperimentando sul campo i primi provvedimenti di sanità pubblica con l'istituzione dei "lazzaretti", edifici per il ricovero e la cura di persone affette da malattie contagiose e per l'osservazione dei sospetti, i primi dei quali sorsero per epidemie di peste, specialmente nei posti di mare (come a Venezia nel 1403). Il concetto di "quarantena" coincide con quello di misura profilattica che consiste nel tenere in stato di isolamento gli individui sospetti di essere portatori di malattie infettive (ad es., colera, febbre gialla, peste, vaiolo) allo scopo di impedirne la diffusione. A tutt'oggi, pure profondamente modificate ed integrate dalle successive acquisizioni scientifiche, le misure di profilassi di quel genere rimangono alla base di tutti gli interventi volti a limitare al minimo il rischio di trasmissione di malattie attraverso le persone e le merci in arrivo in un determinato paese<sup>1</sup>.

Vale dunque sottolineare, a proposito dell'attenzione medica italiana alle questioni epidemiche (Sanna,

1. Secondo una revisione Cochrane pubblicata per la prima volta ad aprile 2020 ed aggiornata nel settembre successivo, la quarantena è efficace nel ridurre il numero di infezioni e decessi da Covid-19. La revisione comprende 51 studi, di cui 32 incentrati su Covid-19, 17 sulla SARS, da sola o con altri virus, e 2 sulla MERS; tutti gli studi hanno mostrato in maniera coerente che si ottengono benefici con la quarantena.

2011), che la prima associazione medica nazionale (AMI) nasce nei primi anni sessanta dell'ottocento ed è subito seguita dalla Società Italiana di Igiene nel 1878 e, solo dopo, da quella Chirurgica (1880) e di Medicina Interna (1886). Nel 1882 nasce anche la Società Italiana di Idrologia e Climatologia Medica, con la geniale anticipazione di interesse verso i moderni temi ambientali. Il 2 dicembre 1888, con la legge 5849 è promulgato il Codice di Igiene e Sanità pubblica, una legge storica che si propone di creare una nuova struttura del Servizio di Igiene e di Sanità Pubblica e potenziare il ruolo del medico condotto — qualificato ufficiale sanitario — assicurando un'assistenza e cura gratuita (ma non l'assistenza farmaceutica) ai poveri da parte dei Comuni. Nel luglio 1910 il Parlamento approva la legge 455 (proposta da Giolitti) sul riconoscimento giuridico degli Ordini dei Medici, dei Veterinari, dei Farmacisti, uno per ogni provincia. Gli Ordini non ebbero vita facile soprattutto per la loro difficile governabilità che si aggravò con la I guerra Mondiale e nel primo dopoguerra, quando si manifestò l'epidemia di influenza "spagnola" responsabile, secondo varie fonti, di un numero da 20 a 40 milioni di morti. La disgregazione degli Ordini fu portata a termine dal regime fascista che, inizialmente, aveva esaltato l'importanza dei medici sfruttando il prestigio di cui i sanitari godevano presso la popolazione per sostenere la sua politica igienico-sanitaria.

Nel 1934 i medici si ritrovarono nella Corporazione delle professioni e delle arti; nel 1935 (legge 184) erano abrogati definitivamente gli Ordini dei Medici.

Negli stessi anni trenta intanto era incentivato il sistema mutualistico ed erano creati istituti come l'ONMI ed i consorzi provinciali Anti TBC (CPA). La notifica diviene obbligatoria in Italia dal 1934 con l'entrata in vigore del T.U. delle leggi Sanitarie RD 27 luglio 1934, n° 1265 che — agli art. 254-255 — dispone che il Sanitario, venuto a conoscenza nell'esercizio

della sua professione di un caso di malattia infettiva e diffusiva, deve immediatamente farne denuncia alle autorità preposte (podestà, prefetto, ufficiale sanitario comunale, medico provinciale) allo scopo di avviare la cura ed evitare la diffusione della malattia, informandone sollecitamente il Ministro della Sanità.

Solo nel 1950 il termine "denuncia", legato a significati di polizia sanitaria, è stato modificato in "notifica", ovvero una segnalazione il cui principale fine inerisce alla sorveglianza ed alla prevenzione.

## **FONTI NORMATIVE E TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI**

Con l'entrata in vigore della legge n°833 / 1978 istitutiva del SSN, lo Stato ha deciso di mantenere (art.6) le competenze connesse alla sanità transfrontaliera, intendendo con ciò l'attività di profilassi delle malattie infettive, delegando poi alle regioni molte funzioni in campo sanitario... : "la profilassi delle malattie infettive e diffuse, per le quali siano imposte la vaccinazione obbligatoria o misure quarantenarie, nonché gli interventi contro le epidemie e le epizootie", fino ad allora competenza dello stato.

La competenza regionale, primaria sull'applicazione delle leggi nazionali (che hanno valore, in questo caso, di leggi quadro), spiega quanto successo anche con la legge 180 / 78 (successivamente inglobata negli artt. 33-34-35 della legge 833 / 1978 per quanto riguarda il TSO psichiatrico) ed il perché le norme che riguardano tutti i TSO, anche quelli che si rendono necessari per l'isolamento contumaciale di soggetti affetti da malattie infettive e diffuse che rifiutino il ricovero vengano trattati insieme fin dalla I edizione — nel 1988 — della Guida all'Esercizio Professionale per i medici-chirurghi e gli odontoiatri (vedi tabella).

La disciplina attuale (Guida all'Esercizio Professionale, 1988-2006) degli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori è la seguente:

---

### Nei casi previsti dalla legge (Malattie infettive )

Il medico avanza la proposta motivata al sindaco; quest'ultimo dispone per gli accertamenti e trattamenti presso presidi o servizi pubblici, strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate. L'USL si adopera affinché vi sia un'adesione volontaria ed "informata". L'interessato durante il trattamento può comunicare con chiunque.

Chiunque può rivolgere al Sindaco richiesta di revoca e modifica del provvedimento.

Il Sindaco deve decidere entro 10 giorni.

### Per le malattie mentali

Il medico segnala al Sindaco; quest'ultimo chiede la convalida da parte di un Medico del servizio pubblico.

La convalida viene data solo se:

- Esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti trattamenti.
- Non esistano condizioni e circostanze per effettuare il trattamento in sede extra-ospedaliera.
- Il pz. rifiuti il trattamento.

Il sindaco notifica entro 48 ore al giudice tutelare, tramite messo comunale, il provvedimento corredato delle due certificazioni mediche motivate. Il Giudice Tutelare, assunte le informazioni necessarie, convalida o non convalida entro 48 ore, comunicando le proprie decisioni al Sindaco.

Il TSO di regola dura 7 giorni (termine che non deriva da valutazioni cliniche, ma dall'impostazione generale di riduzione dei ricoveri). In caso di necessità di prolungamento viene a seguirsi sempre la procedura della notificazione al Sindaco e da quest'ultimo al Giudice Tutelare. Anche la dimissione segue lo stesso iter.

---

Nelle edizioni successive della Guida all'Esercizio professionale (1996-1997), il tema dei TSO viene ulteriormente approfondito per quanto riguarda i termini del conflitto tra diritto dell'individuo alla salute e interesse della collettività. "Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge..." (art.32 della Costituzione ). In alcuni casi l'interesse della collettività alla salute entra in conflitto con il diritto della persona a non subire invasioni della sua sfera personale e prevale su di esso. La definizione di interesse della collettività, oggi accettabile secondo la Guida, è quella in cui si afferma che "l'interesse della collettività è costituito dall'interesse alla salute degli altri, come esigenza di proteggere la salute dei tanti singoli che compongono la collettività e non come interesse generico della collettività che i suoi membri stiano bene".

La legge che impone un determinato trattamento come TSO, per essere legittima costituzionalmente, deve aver i seguenti requisiti:

- deve esserci coincidenza tra la tutela della salute

individuale e quella della salute collettiva

- i trattamenti imposti devono essere indispensabili
- devono essere non sperimentali
- devono essere non discriminatori sulla base del sesso della razza o delle convinzioni politiche e religiose etc....
- devono essere il meno possibile coattivi (nelle modalità di realizzazione ), il meno possibile lesivi della riservatezza individuale e comunque rispettosi della persona umana.

I TSO possono essere non coattivi — nei casi in cui la legge parla esclusivamente di obbligo sanzionato, quindi, solo indirettamente — oppure coattivi. I TSO coattivi sono quelli per:

- malattie mentali sulla base dell'art. 34 della legge di riforma sanitaria n. 833 / 78
- malattie veneree in fase contagiosa (art. 6 della legge n. 837/ 756 )
- malattie infettive e diffuse art. 253 TU leggi Sanitarie, 27 luglio 1934, n. 1265 e DM5 luglio 1975.

---

La legge 833 / 78 (di Riforma Sanitaria) ha previsto all'art. 33 una particolare procedura che deve essere seguita in tutti i casi in cui una legge dello Stato prevede un TSO. Non esiste possibilità di imporre un TSO al di fuori di questa procedura e al di fuori di un'esplicita ipotesi di legge. Dispone l'art. 33 che "gli accertamenti e i TSO sono disposti con provvedimento del Sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria, su proposta motivata di un medico. Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono attuati dai presidi e dai servizi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate.

Gli stessi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi ne è obbligato. L'unità sanitaria locale opera per ridurre il ricorso dei suddetti, sviluppando le iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria e i rapporti organici tra servizi e comunità".

Lo stesso art. 34 detta anche alcune disposizioni sui diritti di chi subisce il TSO (di comunicare con chi ritenga opportuno) e sulle possibilità di modifica del provvedimento del Sindaco (chiunque può richiederne la revoca o la modifica e sulle richieste il Sindaco decide entro dieci giorni).

Il provvedimento del Sindaco può essere impugnato davanti al Tribunale Amministrativo Regionale con istanza di sospensione.

In definitiva il TSO risulta un provvedimento estremo e temporaneo, non interpretabile né applicabile come strumento di difesa sociale. La sua funzione squisitamente terapeutica è, tra l'altro, confermata dal principio secondo cui, anche nei confronti del paziente suscettivo di TSO, il sanitario deve svilup-

pare iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la spontanea partecipazione.

## CONCLUSIONI

Le riflessioni conclusive sul tema trattato riguardano sostanzialmente quei comportamenti umani in condizioni di minaccia per la salute e la vita, ricorrenti ed uguali nel tempo. Questi sono senza dubbio dominati dalla paura nel comportamento del "nemico" sconosciuto.

Nel caso del recente e crescente contagio del virus Sars – CoV-2 si sono tradotti, nella fase del picco epidemico, in una forte diminuzione degli accessi al PS ed, in generale, negli ambulatori sia pubblici che privati di tutti i pazienti, psichiatrici compresi. In fase iniziale il diniego della gravità del problema, come rifiuto a riconoscere un dato di realtà, ha rappresentato un classico meccanismo difensivo primario nei confronti della malattia<sup>2</sup>. Successivamente si è assistito alla ricerca dei colpevoli e degli "untori", pur in assenza di nozioni certe sulla malattia stessa, con il rischio di dare voce all'ignoranza dell'antiscienza e dell'anti-informazione<sup>3</sup>.

Le indicazioni fornite dalla Società Italiana di Psichiatria (Italian Society of Psychiatry, 2020) circa le attività dei CSM, le procedure per l'esecuzione dei TSO e degli ASO, la somministrazione di farmaci per uso orale o i. m. in sede o al domicilio dell'assistito, le attività semi-residenziali e residenziali, la gestione di pazienti ricoverati o da ricoverare in

reparto paiono molto accurate ed attente alle differenze locali esistenti nel nostro paese fra le regioni in quanto a strutture e personale. È da evidenziare molto positivamente l'affermazione del principio che un paziente Covid + con disturbi mentali, qualora necessari di un ricovero, deve essere ricoverato in area

- 
2. Il medesimo che si ritrova nell'atteggiamento dei milanesi verso la peste del 1630 così ben descritto dal Manzoni nel suo "I promessi sposi".
  3. A questo proposito è interessante ricordare quanto avvenne alla Spezia nel 1884. La città fu allora colpita da un'epidemia di colera cui le Autorità civili e militari risposero con la creazione di un cordone sanitario intorno all'abitato. In questa situazione i giornali dell'epoca diedero la responsabilità dei morti al cordone che cingeva la città!

Covid (malattie infettive, medicina interna, terapia intensiva ecc..) come tutti gli altri pazienti Covid.

La conoscenza del TSO medico / infettivologico allora può portare un piccolo contributo nell'ambito della psichiatria di consultazione / collegamento in PS e negli altri reparti con i pazienti sia psichici che non, sollevando gli psichiatri, in quest'ultimo caso, di richieste di consulenza improprie.

D'altronde è noto che i medici che chiedono una consulenza si aspettano non solo che il consulente li aiuti a chiarire diagnosi e trattamento dei pazienti loro affidati preferibilmente con il trasferimento di parte o tutte le responsabilità correlate, ma anche che il collega psichiatra conosca ed abbia la capacità di applicare principi medici, legali ed etici nella gestione dei pazienti con malattie internistiche, psichici e non.

La capacità di lavorare con medici non psichiatri, personale non medico e famiglie, comunicando chiaramente ciò che è stato individuato e fornendo loro utili raccomandazioni, rientra in alcune delle specifiche abilità richieste dalla nostra professione.

## BIBLIOGRAFIA

1. Lipowsky Z.J., *Consultation liaison psychiatry: an overview.* Am. J. Psychiatry, 1974, 131/6 623-630
2. Sanna L., *1910-2010 I cento anni degli Ordini dei Medici.* Bollettino dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia della Spezia, anno 22 n° 2 ott. 2011
3. *Guida all'Esercizio Professionale I – II – III – IV Edizione per i Medici Chirurghi e gli Odontoiatri.* Edizioni Medico-Scientifiche – To, 1988 – 2006
4. *Raccomandazioni sulle attività e misure di contrasto e contenimento del virus SARS – CoV-19.* Evidence Based of Psychiatric Care — Journal of the Italian Society of Psychiatry – Suppl. Speciale marzo 2020

---

AFFERENZA DELL'AUTORE:

\* SPDC Ospedale sant'Andrea La Spezia — Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze ASL 5 "Spezzino"

EMAIL: [rosannaceglie@asl5.liguria.it](mailto:rosannaceglie@asl5.liguria.it)

**MODULO per il TSO medico di ASL5 "Spezzino" \***

Li, \_\_\_\_\_

AL SINDACO DI \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_

In qualità di medico del \_\_\_\_\_

Propone alla S.V che \_\_\_l\_\_\_ sig./sig.ra \_\_\_\_\_

Nat\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Sia sottoposto \_\_\_a\_\_\_ Trattamento Sanitario Obbligatorio con ricovero presso il reparto di Malattie Infettive o presso reparto medico esclusivamente dedicato ai pazienti COVID positivi, siti presso i nosocomi dell'ASL 5 Spezzino.

Questo in base all'art. 253 T.U. delle leggi sanitarie, 27.07.1934, n. 1265 e del D.M. 05.07.1975 che normano il Trattamento Sanitario Obbligatorio in caso di Malattie Infettive e Diffusive per le quali esiste l'obbligo di notifica, di visite preventive, di vaccinazioni a scopo profilattico, di cura attuata mediante l'isolamento domiciliare, di ricovero in reparti ospedalieri, nonché l'applicazione delle misure previste per le malattie infettive quarantenarie e gli interventi contro le epidemie e le epizootie.

Ho infatti riscontrato che \_\_\_l\_\_\_ predett\_\_\_ è affett\_\_\_ da:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La condizione clinica è tale da richiedere necessari e urgenti interventi terapeutici ed inoltre la persona suddetta, attualmente in fase contagiosa, non accetta di essere sottoposta ad isolamento sia di tipo fiduciario che assistenziale.

\_\_\_l\_\_\_ paziente, da me espressamente interpellat\_\_\_, ha rifiutato di sottoporsi alle misure di contenimento del contagio, vigenti alla data odierna, alle ulteriori limitazioni disposte con provvedimenti della Regione Liguria e alle cure del caso e non ha manifestato preferenze riguardo al medico e al luogo di cura.

**IL MEDICO PROPONENTE (timbro e firma)** \_\_\_\_\_

**IL MEDICO CONVALIDANTE INFETTIVOLOGO, PNEUMOLOGO O INTERNISTA (timbro e firma)**

\_\_\_\_\_ FIRMATO ALLE ORE \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\*a cura di ANTONINO FIGURA ,dirigente medico SPDC Ospedale Sant'Andrea La Spezia

## Tra casa e struttura psichiatrica: per chi funziona la Residenzialità Leggera?

*Uno studio sugli esiti del Progetto Bet  
della Cooperativa Filo di Arianna  
(2009-2019)*

*Dudek Casimiro\*, Casorati Alice\*\*, Corti Diego°,  
Corti Maurizio^, Ferrari Treccate Jacopo°,  
Laurenzano Erika\*\*, Seregni Alfredo\*\*,  
Spinelli Stefano°, Carozzi Alessandro†*

### INTRODUZIONE

La Residenzialità Leggera (RL) si inserisce nell' articolato e ricco panorama dei servizi per la salute mentale della psichiatria contemporanea italiana e lombarda come un intervento di cura che ruota attorno al tema di un "abitare terapeutico", di un "abitare per la cura" (Rabboni, 2007, p. 4). E non può essere diversamente se teniamo conto che "l'abitare ha caratterizzato (sempre) la storia delle cure per chi soffre di disagi mentali" e che anche "la storia della psichiatria italiana attraversa un percorso di case, più o meno chiuse, più o meno isolate, spesso vigilate" (Goglio, 2004, p. 109).

Negli ultimi anni sono comparsi alcuni studi, a dire il vero non molti, dedicati a questa nuova forma dell'intervento in psichiatria in Lombardia. Si tratta prevalentemente dei testi che analizzano la Residenzialità Leggera dal punto di vista generale e qualitativo. Possiamo trovare, per esempio, la descrizione del modello della residenzialità psichiatrica che viene attuato attraverso i programmi RL (Cerati, 2013; Percudani, 2015) oppure l'analisi della Residenzialità Leggera nella prospettiva organizzativa attuata in Provincia di Lecco (Gatti, 2015). È da menzionare il libro che descrive la Residenzialità Leggera come luogo elettivo dove si "educa leggermente" (Brambilla, 2010) e lo studio che analizza RL come una nuova forma del gruppo nella psichiatria contemporanea (Di Lello, 2015). L'unico studio, a nostra conoscenza, che,

accanto all'aspetto qualitativo, esamina anche l'aspetto quantitativo, è stato fatto nel 2013 (Di Lello, 2013) e riguarda i programmi RL attuati in due Dipartimenti di Salute Mentale a Milano in collaborazione con alcune realtà del terzo settore, tra cui la Cooperativa Filo di Arianna.

Il presente lavoro vuole presentare gli esiti del Progetto Bet che include tutti i programmi di Residenzialità Leggera gestiti dalla Cooperativa Filo di Arianna. L'arco temporale è decennale e va dal 2009, ossia l'anno dell'attivazione dei primi appartamenti, fino al 2019. La domanda principale che ha guidato il lavoro dell'équipe nella raccolta e nell'analisi dei dati è la seguente: *la Residenzialità Leggera funziona?* In altre parole: abitare in un appartamento RL è terapeutico? Comporta, almeno per alcuni pazienti, un passaggio evolutivo dal circuito psichiatrico verso casa propria? I dati emersi che presentiamo in questo studio permettono non solo di dare una risposta positiva a questa domanda, ma di capire, grazie all'analisi di alcune caratteristiche quali sesso, età, diagnosi clinica, durata del percorso, presenza di una rete sociale, *per quali pazienti* l'esperienza nel Progetto Bet ha dato i risultati migliori.

### LA RESIDENZIALITÀ LEGGERA IN LOMBARDIA

La Residenzialità Leggera nasce in Lombardia come una risposta innovativa e necessaria al "bisogno di completamento del percorso riabilitativo per pazienti con un grado di autonomia intermedia che possono essere inseriti in piccoli nuclei comunitari siti in case o appartamenti" (2, p.180) offrendo loro, nella continuità di cura, una prospettiva abitativa autonoma.

Il primo accenno a questo tipo di trattamento residenziale in psichiatria lo troviamo nel Piano Regionale per la Salute Mentale del 2004 che identifica tre principali aree funzionali dei programmi individuali di cura: Area Riabilitativa, Area Assistenziale, Area Sociale. La Residenzialità Leggera si richiama infatti all'Area Sociale che comprende i programmi individuali di trattamento

che non hanno il loro fulcro nella struttura residenziale, ma che per essere attuati necessitano dell'appoggio di una soluzione abitativa adeguata. Successivamente, con la DGR VIII/4221 del 28 febbraio 2007, viene identificata e descritta nel dettaglio l'area di intervento della Residenzialità Leggera e, con la DGR VIII/7861 del 30 luglio 2008, vengono definiti i criteri e i requisiti autorizzativi minimi (organizzativi e strutturali), necessari per lo svolgimento dei percorsi in Residenzialità Leggera.

Per Residenzialità Leggera si intende, quindi, l'insieme di programmi sanitari individuali che, per essere attuati, richiedono l'appoggio di una soluzione abitativa adeguata e di una procedura autorizzativa da parte dell'ATS di competenza, per consentire ai pazienti psichiatrici adulti, clinicamente stabilizzati, il completamento del percorso riabilitativo ideale possibile. Tali interventi possono essere garantiti solamente da soggetti accreditati e contrattati per attività di psichiatria, come è il caso della Cooperativa Filo di Arianna, promotrice del Progetto Bet. La richiesta dell'attivazione di un programma di Residenzialità Leggera può venire solamente da parte del Centro Psicosociale di competenza che mantiene, per tutta la durata della permanenza in appartamento, la titolarità del progetto individuale di cura del paziente.

Gli appartamenti di Residenzialità Leggera sono equiparati alle abitazioni civili, con un massimo di 5 utenti per unità abitativa e un massimo di 10 utenti per stabile, al fine di favorire un processo di inclusione sociale. In questi alloggi vengono accolti pazienti con un buon compenso clinico, ma in situazioni sociali precarie sotto l'aspetto relazionale, familiare e ambientale, che non si adattano ad un domicilio proprio e per i quali questa modalità di residenza comunitaria offre un essenziale supporto al vivere.

Sono da sottolineare due criteri su cui si basa l'attuazione dei programmi di RL, ossia la *flessibilità* e la *territorialità*. La Residenzialità Leggera garantisce la flessibilità sia sulla tipologia degli utenti sia sui tempi di permanenza. Possono essere accolti tre tipologie di

pazienti: 1) persone che hanno già intrapreso un percorso riabilitativo e lo devono terminare; 2) persone giovani, per i quali è indicato un tipo di intervento precoce e calibrato, evitando l'ingresso in comunità e quindi un processo più istituzionalizzante; 3) persone ad uno stadio di cronicità tale per cui è indicata un'attività riabilitativa a bassa intensità. Lo stesso approccio flessibile si nota nei tempi di accoglienza che vanno dalla breve temporaneità a quella della vita. Infatti, la durata dei percorsi di Residenzialità Leggera, essendo strettamente legata ai progetti individuali, può essere a medio-breve termine, ma anche lunga o addirittura definitiva per utenti con particolari complessità cliniche e sociali. Inoltre la Residenzialità Leggera si colloca come una realtà intermedia e di confine tra residenzialità e territorialità, tra l'abitare comunitario e l'autonomia abitativa, tra l'essere strumento per la continuità della cura e il progetto d'integrazione territoriale. La compresenza di competenze e di interventi sanitari (riabilitativi) e sociali (legati ai ritmi della casa e del territorio di appartenenza), contrasta il processo di istituzionalizzazione e di cronicizzazione delle persone.

## **PROGETTO BET**

Il Progetto Bet è stato promosso dalla Cooperativa Filo di Arianna al fine di offrire accoglienza nei propri alloggi alle persone con disagio psichico. Nel 2009 la Cooperativa ha ottenuto dall'allora ASL Città di Milano l'autorizzazione per attivare 13 programmi di Residenzialità Leggera da svolgere in quattro appartamenti (Casa Vite, Casa Cedro, Casa Mandorlo, Casa Ginepro). La scelta di aprirsi all'impegno in Residenzialità Leggera è nata grazie alla pluriennale esperienza che la Cooperativa poteva vantare nell'ambito dell'assistenza psichiatrica e particolarmente nella gestione di tre comunità psichiatriche a Milano. A seguito dei risultati positivi ottenuti nel lavoro con i pazienti inseriti negli alloggi RL, la Cooperativa ha deciso di ampliare il Progetto Bet e nel 2011 sono stati autorizzati ulteriori 9 programmi di Residenzialità Leggera da attivare in altri due alloggi (Casa Betulla e Casa Sequoia). Infine

nel 2014 l'ATS Milano Città Metropolitana ha autorizzato un altro appartamento con 4 programmi RL (Casa del Tè). Allo stato attuale il Progetto Bet conta 7 appartamenti di Residenzialità Leggera (sei ubicati a Milano e uno a Cinesello Balsamo) con 26 posti letto autorizzati per svolgere altrettanti programmi di Residenzialità Leggera.

La finalità e gli obiettivi del Progetto Bet rispecchiano in pieno le linee guida e le indicazioni inserite nella normativa vigente riguardante la Residenzialità Leggera delineata nel paragrafo precedente: favorire un miglioramento della qualità di vita della persona proponendosi sia come luogo di promozione dell'autonomia sia come luogo di cura e di protezione. Nello specifico il lavoro dell'équipe si pone numerosi obiettivi: raggiungere un livello di autonomia complessivamente sufficiente affinché i pazienti possano condurre una vita soddisfacente nelle sue diverse dimensioni (personale, relazionale, lavorativa); raggiungere l'autonomia abitativa; migliorare e mantenere le abilità individuali, come ad esempio programmare la propria giornata, gestire i momenti di difficoltà e di crisi, anche attraverso la capacità di chiedere aiuto, gestire i momenti di solitudine e il tempo libero, gestire il denaro; migliorare e mantenere le abilità domestiche (cura della propria igiene e del proprio abbigliamento, cura degli spazi, saper cucinare e fare la spesa); migliorare e mantenere le abilità relazionali e sociali (saper stare con gli altri, avere i comportamenti adeguati nei contesti sociali, saper collaborare, saper condividere il tempo e gli spazi con gli altri); favorire l'autogestione della terapia; migliorare la gestione di emergenze/urgenze di tipo sanitario, domestico, relazionale; avviare, dove possibile e in collaborazione con gli enti preposti, percorsi lavorativi e/o occupazionali; ottenere un re-inserimento sociale, possibilmente nel proprio territorio di provenienza.

Gli interventi quotidiani guidati da questi obiettivi sono di assoluta importanza nell'ottica di una futura vita in autonomia nella propria abitazione. L'équipe, composta principalmente da educatori professionali e operatori socio-sanitari, si avvale dell'affiancamento e della collaborazione di figure volontarie che possono garantire

un impegno anche minimo, ma stabile e continuativo nel tempo. Inoltre all'interno del Progetto Bet è possibile usufruire di colloqui con psicologi-psicoterapeuti, se pure non previsti dai requisiti minimi di autorizzazione. Grazie alla collaborazione con alcune Scuole di Specializzazione in Psicoterapia è stato possibile inserire in maniera stabile nell'équipe RL queste figure professionali a partire dal 2014 per offrire ai pazienti uno spazio di elaborazione dei vissuti personali emersi nel corso della permanenza nel Progetto.

## RISULTATI ED ANALISI DEI DATI

Nei primi dieci anni dell'esistenza del Progetto Bet, cioè dal 2009 al 2019, sono stati accolti 62 pazienti negli appartamenti di Residenzialità Leggera.

I dati raccolti sono stati analizzati in funzione della situazione abitativa dei singoli pazienti al momento dell'ingresso nel Progetto e al momento della loro uscita, ossia la *provenienza* e la *destinazione*: struttura psichiatrica, abitazione, altro (strada, dormitorio, carcere, strutture di accoglienza non psichiatriche).

Tab. 1 – La provenienza dei pazienti all'ingresso in RL

Provenienza		
	N°	%
Casa	12	19,5%
Struttura	38	61%
Altro	12	19,5%
<b>Totale</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>

Tab. 2 – La destinazione dei pazienti al momento delle dimissioni da RL

Destinazione		
	N°	%
Casa	39	63%
Struttura	15	24%
Altro	8	19,5%
<b>Totale</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>

Il dato generale più importante che emerge dal confronto tra la provenienza e la destinazione dei pazienti (Tab. 1 e Tab. 2) è che a fronte del circa 20% di chi arriva in RL da casa, alla conclusione del percorso il numero di pazienti con destinazione casa è tre volte più alto, ossia più del 60%.

Di seguito saranno presi in considerazione gli aspetti legati a genere, età, patologia, durata del percorso, rete sociale, e saranno messi in correlazione con la provenienza e la destinazione.

## GENERE

Nei 10 anni del Progetto Bet sono state accolte 62 persone, di cui 41 uomini (66%) e 21 donne (34%). La presenza maschile è due volte maggiore rispetto a quella femminile.

Tab. 3 Provenienza dei pazienti maschi e femmine

	Provenienza			
	Maschi		Femmine	
	N°	%	N°	%
Casa	4	10%	8	38%
Struttura	27	66%	11	52%
Altro	10	24%	2	10%

Per quanto riguarda la *provenienza* (Tab. 3), complessivamente sono più i maschi rispetto alle femmine che arrivano dalle strutture psichiatriche, rispettivamente il 66% e il 52%. Per contro, quasi il 40% delle donne arriva da casa, rispetto al 10% degli uomini. Un dato interessante è che molti uomini (24%) provengono da altri luoghi (strada, dormitori, carcere).

Un'analisi più dettagliata ci permette, adesso, di osservare in quale modo il luogo di provenienza (struttura, casa) si correla con la destinazione. Non sarà analizzato il dato di provenienza da altri luoghi in quanto poco significativo.

I programmi di RL risultano efficaci sia per i maschi sia per le femmine che arrivano dalle strutture psichia-

triche: rispettivamente il 60% e il 55% di chi arriva da una struttura psichiatrica trova come destinazione la casa (Tab. 4).

Tab. 4 La correlazione tra provenienza da Struttura e destinazione

	N°	Destinazione		
		Casa	Struttura	Altro
Maschi	27	16 (60%)	9 (33%)	2 (7%)
Femmine	11	6 (55%)	4 (36%)	1 (9%)

Un dato interessante riguarda le persone, sia maschi che femmine, che arrivano da casa e ci ritornano dopo la conclusione del percorso in RL. Infatti quasi tutti quelli che provengono da casa hanno come destinazione casa: ossia 11 su 12 (Tab. 5).

Tab. 5 La correlazione tra provenienza da Casa e destinazione

	N°	Destinazione		
		Casa	Struttura	Altro
Maschi	4	4 (100%)	0	0
Femmine	8	7 (88%)	1 (12%)	0

Analizzando la *destinazione* dei pazienti dopo la conclusione del percorso in RL, il 66% degli uomini si trasferisce in casa, il 22% in una struttura psichiatrica e il 12% in altri luoghi. Per le donne le percentuali sono più o meno uguali (Tab. 6).

Tab. 6 Provenienza dei pazienti maschi e femmine

	Destinazione			
	Maschi		Femmine	
	N°	%	N°	%
Casa	27	66%	13	62%
Struttura	9	22%	5	24%
Altro	5	12%	3	14%

Le differenze tra i maschi e le femmine si evidenziano quando si analizzano in dettaglio i luoghi di provenienza

delle persone che alla conclusione del progetto sono andate a casa. Per i maschi, dei 27 pazienti con destinazione casa, quasi due terzi (62%) provenivano da una struttura psichiatrica e solo il 19% da casa. Per le femmine, invece, più della metà proveniva da casa e quasi il 40% da una struttura (Tab. 7).

**Tab. 7 La correlazione tra destinazione Casa e luoghi di provenienza**

Destinazione Casa	N°	Provenienza		
		Casa	Struttura	Altro
Maschi	27	5 (19%)	17 (62%)	5 (19%)
Femmine	13	7 (54%)	5 (38%)	1 (8%)

Una sostanziale stabilità senza evoluzione dal punto di vista abitativo si riscontra nelle persone che alla conclusione della loro permanenza nel Progetto Bet hanno come destinazione una struttura psichiatrica o altro: quasi tutti i maschi (9 su 10) e quasi tutte le donne (4 su 5) con destinazione struttura provenivano da una struttura psichiatrica. Solo una persona su 15 proveniva da casa (Tab. 8).

**Tab. 8 La correlazione tra destinazione Struttura e luoghi di provenienza**

Destinazione Struttura	N°	Provenienza		
		Casa	Struttura	Altro
Maschi	10	0	9 (90%)	5 (19%)
Femmine	5	1 (20%)	4 (80%)	0

Analogamente su 8 persone con destinazione Altro solo una persona arrivava da casa (Tab. 9).

**Tab. 9 La correlazione tra destinazione Altro e luoghi di provenienza**

Destinazione Altro	N°	Provenienza		
		Casa	Struttura	Altro
Maschi	5	0	2	3
Femmine	3	1	1	1

Complessivamente, quindi, su 23 pazienti che alla conclusione del percorso di RL hanno avuto una destinazione diversa da casa (15 Struttura e 8 Altro), solo 2

pazienti hanno fatto un percorso involutivo dal punto di vista abitativo.

## ETÀ

L'età media dei pazienti, che sono stati accolti nel Progetto Bet negli anni 2009–2019, è stata di 42 anni. Per analizzare meglio l'aspetto legato all'età sono stati creati cinque sotto gruppi:

1. gruppo 1 (< 25 anni)
2. gruppo 2 (da 26 a 35 anni)
3. gruppo 3 (da 36 a 45 anni)
4. gruppo 4 (da 46 a 55 anni)
5. gruppo 5 (>55 anni)

**Tab. 10 Fasce età dei pazienti**

Fascia età	N° pazienti	% pazienti
<25 anni	4	6%
da 26 a 35 anni	15	24%
da 36 a 45 anni	19	31%
da 46 a 55 anni	15	24%
>55 anni	9	15%

Dalla Tab. 10 si vede chiaramente che i pazienti accolti nel Progetto Bet appartengono a tutte le fasce di età. Tuttavia la maggior parte dei pazienti (quasi 80%) si colloca nella fascia di età tra 26 e 55 anni con il numero assoluto più grande nella fascia tra i 36 e i 45 anni (31%).

È interessante mettere a confronto i gruppi di età, da un lato, e la provenienza Struttura e la destinazione Casa, dall'altro (Tab. 11). Non vengono presi in considerazione i pazienti più giovani (<25 anni) per il numero esiguo.

**Tab. 11 La correlazione fasce età con provenienza Struttura e destinazione Casa**

Fascia età	Provenienza struttura	Destinazione casa
da 26 a 35 anni	66%	47%
da 36 a 45 anni	61%	27%
da 46 a 55 anni	58%	61%
>55 anni	67%	67%

Emergono due dati importanti. Il primo è che le percentuali più alte di rientro a casa appaiono nelle fasce di età più adulte. Il secondo aspetto da sottolineare è che complessivamente il percorso in RL ha avuto un effetto anticronicizzante su pazienti con lunga storia di malattia evitando che queste persone restassero tutta la vita in comunità. L'eccezione è costituita dalla fascia di età 36-45 anni dove quasi 40% dei pazienti arriva da una struttura psichiatrica e ci ritorna.

## DURATA

Per quanto riguarda la durata del percorso in Residenzialità Leggera emerge che il periodo di permanenza media è stato di 22 mesi. Per analizzare meglio questo dato si suddividono i periodi di durata in tre fasce: breve (fino a 24 mesi, ossia <2 anni), media (da 24 a 48 mesi, ossia da 2 a 4 anni), lunga (oltre 48 mesi, ossia >4 anni). Emerge che la maggior parte dei pazienti (68%) è rimasta nel Progetto Bet meno di due anni, e il 20% ha avuto una permanenza da 2 a 4 anni (Tab. 12). Complessivamente, quindi, quasi il 90% dei pazienti ha concluso il proprio percorso all'interno del Progetto Bet entro 4 anni dall'inserimento.

Tab. 12 La durata dei percorsi in RL

Durata permanenza	N° pazienti	% pazienti
< 24 mesi	42	68 %
24 – 48 mesi	12	20%
> 48 mesi	8	12%

Per ogni fascia di età viene analizzato il dato durata in relazione alla provenienza e alla destinazione dei pazienti, al fine di verificare la correlazione tra la durata dei percorsi e l'esito dei programmi di residenzialità leggera.

Tab. 13 La correlazione Permanenza <24 mesi con Provenienza e Destinazione

Durata permanenza < 24 mesi		
Provenienza – Destinazione	N° pazienti (42)	% pazienti
Struttura -> casa	15	35%
Struttura ->struttura	11	25%
Casa->casa	7	18%
Casa->struttura	1	3%
Casa->altro	1	3%
Altro->struttura	1	3%
Altro-> casa	1	3%
Altro->altro	4	10%

Per i pazienti il cui percorso nel Progetto Bet ha avuto una durata fino a 2 anni, il 60% ha come destinazione casa. Si osserva che quasi il 40% dei pazienti ha fatto un percorso evolutivo rispetto alla provenienza da una struttura psichiatrica o da altri luoghi di accoglienza non psichiatrici (Tab. 13).

Tab. 14 La correlazione Permanenza 24-48 mesi con Provenienza e Destinazione

Durata permanenza < 24 mesi		
Provenienza – Destinazione	N° pazienti (12)	% pazienti
Struttura -> casa	7	58%
Struttura ->struttura	1	8%
Casa->casa	1	8%
Struttura->altro	1	8%
Altro-> casa	2	18%
Altro-> casa	1	3%
Altro->altro	4	10%

Anche nella fascia di durata dei percorsi in RL che va da 2 a 4 anni, nella maggior parte dei percorsi dei pazienti (76%) si nota una chiara evoluzione dal punto di vista abitativo con la provenienza da una struttura (psichiatrica e non) e la destinazione verso una casa.

Tab. 15 La correlazione Permanenza >48 mesi con Provenienza e Destinazione

Durata permanenza < 24 mesi		
Provenienza – Destinazione	N° pazienti (8)	% pazienti
Struttura -> casa	1	12%
Struttura ->struttura	3	38%
Casa->casa	3	38%
Casa->struttura	1	12%
Altro-> casa	1	3%
Altro->altro	4	10%

La situazione cambio nel terzo gruppo. Si nota infatti che oltre i 4 anni il percorso in RL non mostra un'evoluzione ulteriore nella vita dei pazienti, in quanto in quasi tutti i casi provenienza e destinazione non variano.

## PATOLOGIA

Per quanto riguarda la patologia, il campione è stato diviso in quattro gruppi dal punto di vista della diagnosi psichiatrica all'ingresso in RL seguendo la codificazione dell'ICD10: F2 (schizofrenia, sindrome schizotipica e delirante), F3 (sindromi affettive), F6 (disturbi di personalità), Altro (sindrome di alterato sviluppo psicologico, sindromi con esordio nell'infanzia e disturbo psichico non specifico, sindromi nevrotiche).

Tab. 16 Diagnosi pazienti RL

Diagnosi ICD10	N° pazienti	% pazienti
F2	26	42%
F3	8	13%
F6	20	32%
Altro	8	13%
Altro->altro	4	10%

La maggior parte dei pazienti arriva in RL con la diagnosi di schizofrenia e disturbo di personalità.

Si analizza la correlazione fra la diagnosi dei tre gruppi prevalenti (F2, F3, F6), da un lato, e la provenienza e la destinazione, dall'altro (Tab. 17).

Tab. 17 La correlazione tra Diagnosi e Provenienza - Destinazione (le percentuali si riferiscono al totale pazienti per una certa diagnosi)

	F2	F3	F6
Provenienza struttura	83%	25%	44%
Provenienza casa	13%	38%	33%
Destinazione struttura	42%	25%	22%
Destinazione casa	54%	63%	67%

Emerge che il percorso in RL risulta maggiormente evolutivo per i pazienti con disturbi di personalità. Per i pazienti con la diagnosi di schizofrenia l'iter evolutivo è meno accentuato, in quanto molti pazienti arrivano da una struttura psichiatrica e ci ritornano.

I dati diventano ancora più interessanti se nell'analisi della variabile della patologia differenziamo la popolazione maschile da quella femminile (Tab. 18).

Tab. 18 La correlazione tra diagnosi e maschi/femmine

Diagnosi ICD10	N° maschi	% maschi (su totale)	N° femmine	% femmine (su totale patologia)
F2	21	81%	5	19%
F3	4	50%	3	50%
F6	10	48%	11	52%
Altro	6	67%	2	33%

Si può notare che, dal punto di vista della diagnosi, nella popolazione maschile prevale la schizofrenia, invece tra le femmine i disturbi di personalità e i disturbi affettivi. Questo dato mette in evidenza la necessità di mettere in atto, specialmente con le donne, un percorso di tipo diverso rispetto al tradizionale approccio riabilitativo, privilegiando l'ambito relazionale.

## RETE SOCIALE

Un'altra variabile considerata dal nostro studio fa riferimento alla *rete sociale* (familiare e non) a supporto del paziente coinvolto nel progetto di RL. Anche in questo caso si è scelto di mettere in relazione tale variabile con

l'esito (out come) del progetto, ovvero con la destinazione successiva alle dimissioni del paziente (casa, struttura, altro).

Si ipotizza che la presenza di una rete sociale possa favorire un migliore outcome, ovvero che la maggior parte degli ospiti che dispongano di un supporto significativo da familiari, amici o altri, mantenesse o migliorasse l'income (la provenienza all'ingresso in RL) alla fine del loro progetto.

La variabile Rete sociale è definita in due livelli: 1-Presente; 2-Assente (Tab. 19).

Tab. 19 La presenza e l'assenza della rete sociale

Rete sociale	N° pazienti	% pazienti
1-Presente	49	79%
2-Assente	13	21%

La grande maggioranza di chi è coinvolto nel progetto di RL dispone di una qualche forma di supporto/rete sociale (79%), mentre per una parte minoritaria di soggetti (21%) si è verificata l'assenza di una qualsiasi rete sociale a supporto. Questo dato suggerisce che, tendenzialmente, chi approda ai progetti di RL beneficia di una qualche forma di supporto sociale.

Si analizza ora la correlazione tra questa variabile con la destinazione (Tab. 20 e Tab. 21).

Tab. 20 La correlazione Rete sociale Presente con la destinazione

Destinazione	N° pazienti (49)	% pazienti
Casa	31	64%
Struttura	12	24%
Altro	6	12%

Tab. 21 La correlazione Rete sociale Assente con la destinazione

Destinazione	N° pazienti (13)	% pazienti
Casa	4	31%
Struttura	6	46%
Altro	3	23%

Il primo dato da evidenziare è come la maggior parte (64%) di coloro che hanno beneficiato di una rete sociale nel corso della permanenza in RL, presenti un outcome positivo (destinazione Casa). Un secondo dato interessante fa riferimento al gruppo di coloro che non hanno beneficiato di alcuna rete sociale mentre ospitati in RL: se confrontiamo la destinazione di questi soggetti dopo la permanenza in RL, vediamo come la maggior parte di loro (69%) presenti un outcome peggiore (destinazione Struttura – 46% e Altro – 23%).

## DISCUSSIONE

Il dato generale più rilevante è che il numero di pazienti che al termine del percorso di RL hanno la casa come destinazione è tre volte maggiore di quello dei pazienti che arrivano in RL da casa.

Per i maschi, in maggior numero provenienti da strutture psichiatriche, l'efficacia del progetto di RL permette ai pazienti di compiere un passo evolutivo verso l'autonomia abitativa, incentrando gli interventi di tipo riabilitativo sulle abilità di base e su quelle più complesse (cura della casa, cucina, gestione del denaro).

Per la popolazione femminile, invece, in prevalenza proveniente da casa, la permanenza in residenzialità leggera non segue l'iter "tradizionale" dei percorsi dei pazienti psichiatrici: comunità psichiatrica– residenzialità leggera– autonomia abitativa. Si può ipotizzare che per le persone che partono da casa e tornano a casa la residenzialità leggera potrebbe essere più un percorso legato alla gestione della crisi (emersa appunto nel contesto familiare) che un percorso riabilitativo in senso stretto, ossia quello che permette di acquisire delle abilità specifiche. Per questi pazienti che già possiedono queste abilità e le mantengono durante la durata del percorso, la malattia mentale sembrerebbe invadere altri aspetti, prevalentemente di tipo affettivo e relazionale.

Si può così evidenziare l'importanza anche in RL di due tipi di intervento adeguato ed efficace: di tipo riabilitativo sulle abilità di base e di tipo emotivo-relazionale (psicoterapia).

La presenza di pazienti di tutte le fasce di età evidenzia la necessità di ampia flessibilità dei programmi di RL. Inoltre comporta un grande impegno nel lavoro d'equipe in quanto richiede un alto livello di adattabilità da parte degli operatori che devono occuparsi delle problematiche esistenziali legate a tutte le fasi della vita, da chi si affaccia alla vita adulta e lavorativa a chi deve fare i conti con le vicissitudini e i fallimenti di una vita più lunga. Rimane un fatto tuttavia che la maggior parte dei pazienti si colloca nella fascia dell'età adulta e su questo gruppo devono concentrarsi prevalentemente gli interventi dell'equipe.

Come si è visto la durata media del percorso di RL è di 22 mesi, che può essere considerato un periodo complessivamente adeguato e non eccessivamente lungo, se si tiene conto di un numero importante di pazienti che compiono un passo rilevante verso l'autonomia abitativa.

È interessante notare che per i pochi pazienti con un percorso di oltre quattro anni non emerge un'evoluzione ulteriore della vita dei pazienti, in quanto in quasi tutti i casi provenienza e destinazione non variano.

Dal punto di vista della diagnosi, nella popolazione maschile prevale la schizofrenia, invece tra le femmine i disturbi di personalità. Questo dato mette in evidenza la necessità di mettere in atto, specialmente con le pazienti con disturbo di personalità, un percorso di tipo diverso rispetto al tradizionale approccio riabilitativo, privilegiando l'ambito relazionale. Ne è nata nel corso degli anni, all'interno dell'equipe, una riflessione sui reali bisogni dei pazienti e sulla necessità di rimodulare l'offerta terapeutico-riabilitativa, evidenziando l'utilità di percorsi psicologici. Ciò ha portato a inserire nell'equipe del Progetto Bet, alcuni anni fa, psicoterapeuti in formazione.

Infine, emerge un'influenza positiva della presenza di una rete sociale sulla possibilità che un ospite possa, alla conclusione del suo progetto, raggiungere un grado di autonomia sufficiente per vivere in un ambiente abitativo "non protetto".

## CONCLUSIONE

I dati ci dimostrano che il percorso di Residenzialità Leggera è efficace nel favorire il raggiungimento di un'autonomia abitativa a persone che a causa della malattia hanno fatto percorsi in strutture psichiatriche o non erano più in grado di continuare la loro vita a casa propria o in famiglia.

Emerge che per raggiungere risultati soddisfacenti non sono necessari periodi estremamente lunghi in Residenzialità Leggera, in media meno di due anni.

I migliori risultati si raggiungono nella fascia d'età più adulta, anche in termini di contrasto alla cronicizzazione.

Sono da tenere presente due aspetti concreti inerenti al lavoro con i pazienti. Si nota che la possibilità di affiancare percorsi di psicoterapia alle classiche attività riabilitative risulta molto efficace soprattutto con pazienti con disturbo di personalità. Poi, prevedere un lavoro specifico sulla rete familiare/sociale potrebbe migliorare gli esiti di quei pazienti con una situazione di rete sociale/ familiare problematica o assente.

In generale, l'eterogeneità dei pazienti dal punto di vista dell'età, del genere, della diagnosi e della storia clinica rende necessaria una diversificazione dell'offerta riabilitativa e la capacità di organizzarsi e modellarsi a seconda delle situazioni e delle necessità. Per questo motivo l'equipe ha un'importante responsabilità nello svolgimento di un lavoro dinamico e su misura, con programmi personalizzati e strutturati sul singolo individuo oltre ad un continuo lavoro su sé stessa in termini di confronto e supervisione.

L'obiettivo futuro rispetto a questa ricerca è la conferma dei dati osservati con l'ampliamento nel tempo del campione con i nuovi pazienti reclutati nei prossimi anni. Inoltre sarà importante verificare se si manterranno nel tempo i risultati raggiunti in termini di autonomia abitativa con una valutazione follow up dopo alcuni anni dalla dimissione dal Progetto Bet.

---

#### AFFERENZA DEGLI AUTORI

\* *Psicologo psicoterapeuta, coordinatore Progetto Bet (Cooperativa Filo di Arianna)*

\*\**Educatore professionale (Cooperativa Filo di Arianna)*

° *Tirocinante Psicoterapeuta*

^ *Coordinatore servizi psichiatria (Cooperativa Filo di Arianna)*

† *Medico Psichiatra (ASST Santi Paolo e Carlo, Milano)*

#### BIBLIOGRAFIA

1. Brambilla L., Palmieri C. (a cura di), *Educare leggermente*. FrancoAngeli, Milano 2010
2. Cerati G., Percudani M., Vita A., Sironi G., Merckling D., Valvassori Bolgé G., *Nuovi modelli e nuove prospettive per la residenzialità psichiatrica*. in Percudani M., Cerati G., Petrovich L., Vita A. (a cura di), *La psichiatria di comunità in Lombardia*, McGraw Hill, Milano 2013
3. Di Lello C., *Residenzialità Leggera. Nuove forme del gruppo nella Psichiatria contemporanea*. Funzione Gamma Journal on line di psicologia di gruppo, N. 34, 2015
4. Di Lello C., Taddei S., Cataldi A., Ronchi E., Miragoli P., Pozzi G., Dudek C., Biffi G., Pismataro P., *L'esito dei programmi di residenzialità leggera: uno studio preliminare in due DSM a Milano*. *Psichiatria Oggi* XXVI, I, 2013
5. Gatti F. M., Scerri S., *Psichiatria e Residenzialità Leggera in Provincia di Lecco: ricerca-azione partecipata in una prospettiva inter-organizzativa*. *Nuova Rassegna Studi Psichiatrici*, Vol. 12, 2015
6. Goglio M., *La comunità terapeutica nella psichiatria di comunità*. in AA.VV., *La cura del disagio psichico*, FrancoAngeli, Milano 2004
7. Percudani M., Di Lello C., Biffi G., *Il modello lombardo della residenzialità leggera: la normativa, la rete, i programmi di cura*. *Nuova Rassegna Studi Psichiatrici*, Vol. 12, 2015
8. Rabboni M., Gentile B., *Residenzialità riabilitativa in psichiatria*. *Errepiesse*, I, 2007

# MELANCONIA IN TEMPO DI COVID-19:

*Attualità della lezione di h. Tellenbach*

*Grecchi Alessandro\*, Beraldo Scilla\*,  
Maresca Gemma\*\*, Miragoli Paolo°*

*“Ognuno può essere malato, ma soltanto di ciò che appartiene alla sua Physis e soltanto quando l'elemento determinante della sua propria natura diventa autonomo ed in questo modo eccessivo”*

Szilasi

## INTRODUZIONE

L'emergenza sanitaria legata alla pandemia da Covid-19 ha rappresentato una situazione di rischio per lo sviluppo di una psicopatologia.

Alla luce della teoria di H. Tellenbach riportiamo tre casi clinici di melanconia (con gravità crescente), incontrati in SPDC tra marzo e luglio 2020, legati al periodo di lockdown.

## PRINCIPI DELLA TEORIA DI H. TELLENBACH

L'assenza di una chiara eziologia somatica e l'incomprensibilità psicologica della melanconia nella sua comparsa come nei suoi contenuti hanno orientato la psicopatologia clinica a considerarla una psicosi endogena (Tatossian, 1979).

In psichiatria l'endogeno compare come terzo campo causale accanto alla somatogenesi e alla psicogenesi, esso è comparabile alla Physis dei Greci ed al concetto di Natura di Goethe, e indica un tratto basilico, un a-priori, che si presenta in una correlazione che non è nell'ordine della casualità ma della risonanza con il Mondo (Mecheler, 1963, Tellenbach, 1961, Ambrosini A, 2011) costituendo un campo che è nello stesso tempo metapsicologico e metasomatologico (Tatossian, 1979).

Fra le manifestazioni dell'*endogeno*, primo asse su cui si articola la teoria della patogenesi della melanconia di

Tellenbach, si situano i fenomeni ritmici della vita (ritmico), i fenomeni propri del movimento (cinesi), il carattere globale della trasformazione psicotica, il legame di queste con i livelli di maturazione individuale e la reversibilità almeno iniziale dei fenomeni.

Esso appare sotto la forma di *tipi specifici*, secondo asse, caratterizzati ognuno da una particolare apertura al Mondo inter-umano e ed alla Natura e dunque da una sensibilità specifica e non consapevole per certe situazioni. Così quando un Tipo incontra la situazione verso la quale è specificatamente vulnerabile e a cui non può sottrarsi sviluppa un disturbo psichico.

Il Tipo va quindi considerato in una potenzialità selettiva che riceve soltanto ciò che gli corrisponde (Tellenbach, 1961).

Nel nostro specifico il Typus Melancholicus (TM) è costituito da una struttura che inclina verso il campo gravitazionale della Melanconia poiché, essendo organizzato attorno ad una carenza di fiducia di base, aderisce rigidamente a modelli ideali di comportamento che gli consentono di mantenere l'identità in definite relazioni di ruolo ma che, nello stesso tempo, circoscrivono la sua esistenza e gli precludono la capacità di adattarsi a cambiamenti esistenziali. Lavorando sempre al massimo dell'efficienza, nel bisogno costante di assolvere ai propri obiettivi senza trascurare né rimandare nulla rivela dei potenziali pre-depressivi che sono l'includenza e la rimanenza.

L'includenza consiste nella pianificazione ordinata della propria vita e costituisce uno stile protettivo ma autolimitante.

La rimanenza ne minaccia la temporalità imponendogli il vissuto di rimanere indietro rispetto alle proprie aspettative rendendolo dominato più che dalla struttura della colpa melanconica dall'essere in debito come momento decisivo.

Il fallimento delle possibilità adattative rende il TM suscettibile di una trasformazione endocinetica del vissuto fino alle diverse forme della melanconia clinica (Kraus A, 2001).

Il terzo asse è la Situazione. In psicopatologia le situazioni sono relazioni dinamiche originarie tra persona e Mondo, non sono né coscienti né inconse ma vissute. La nozione di situagenesi rimpiazza in molte condizioni psicopatologiche la psicogenesi e la somatogenesi. In Tellenbach questa definizione ha il pregio di mettere in evidenza l'inaccessibilità strutturale di determinate persone al cambiamento di situazione. Essa non si rapporta al disturbo ma scatena una trasformazione strutturale del soggetto ed il farsi tema di determinati contenuti o riferimenti biografici (Tellenbach, 1961, Tatossian 1979).

### CASO CLINICO N.1

A metà marzo 2020, a pochi giorni dalle misure di lockdown imposte dalla pandemia di Covid-19, accede presso il Pronto Soccorso (PS) del nostro Presidio Ospedaliero una ragazza di 25 anni in una condizione di acuzie. I Servizi di urgenza erano intervenuti per un tentativo di defenestramento sulla base di una condizione di disperazione espressa in modo totalmente disorganizzato.

In PS presentava un pensiero incoerente e non critico sull'accaduto. Oscillava fra momenti di sintonia e chiarezza ad altri di frammentazione con aspetti catatonoidi. Accettava passivamente il ricovero. Tossicologico ed esami strumentali negativi.

La paziente si era da poche settimane trasferita a Milano dal sud Italia per frequentare un Master Universitario. A Milano, dove già viveva e lavorava il fratello, aveva affittato una stanza in un appartamento in condivisione con altri studenti provenienti da varie Regioni italiane.

Anamnesi psichiatrica muta. Dai famigliari veniva descritta come una studentessa modello, seria, diligente, scrupolosa, organizzata, con poche e solide relazioni, dedicata alla famiglia e al prossimo. Era alla prima esperienza autonoma lontano dai genitori.

Poco prima di trasferirsi a Milano aveva frequentato alcune sedute psicologiche per gestire la preoccupazione del trasferimento.

I coinquilini erano tornati nelle loro città a poche

ore dal lockdown. La paziente si era così trovata sola in casa a proseguire il Master in videoconferenza. Gli unici contatti telefonici erano con il fratello e i genitori.

Durante la degenza la paziente descriveva come sintomi prodromici una progressiva alterazione dei ritmi circadiani con la tendenza a rimanere sveglia di notte e a letto fino a tarda mattina, una sempre maggiore difficoltà nello svolgere gli elaborati richiesti dal corso con un incremento del tempo dedicato e la percezione di non riuscire mai a corrispondere alle attese proprie, dei famigliari e dei docenti fino alla comparsa di ansia ingravante, di uno stato di allarme, di timori di fallimento e fenomeni di blocco. Il fratello, allarmato dalla situazione, si era recato a casa della sorella per rimanervi assistendo ad una progressiva disorganizzazione fino al tentativo di defenestramento.

All'inizio del ricovero si evidenziava una disorganizzazione comportamentale con aspetti di blocco e di eccitazione, un delirio di colpa e indegnità congruo ad una depressione del tono dell'umore espresso con un eloquio incomprensibile e, in alcuni momenti, incoerente.

Trattata con bassi dosaggi di atipico e benzodiazepine si assisteva ad una remissione della sintomatologia tanto da permettere la dimissione e di programmare il rientro presso la famiglia d'origine.

### CASO CLINICO N.2

A metà aprile 2020 giungeva presso il Nostro PS un ragazzo di 26 anni al primo anno di Master Universitario per una condizione acuta caratterizzata da dissintonia, disorganizzazione pressoché totale, delirio malstrutturato con contenuti cangianti di colpa, vergogna, megalomaniaci, persecutori, genealogici e di contaminazione ed un umore disforico e variabile dal riso al pianto. Accettava passivamente il ricovero in SPDC. Tossicologici ed esami strumentali erano negativi.

Il paziente trasferitosi da poco a vivere da solo aveva una vita sociale piena, attiva, e veniva descritto dai famigliari come buon studente, attento, scrupoloso, con

una larvata preoccupazione per le malattie. L'anamnesi psichiatrica personale e familiare risultava negativa. Una particolarità riguardava il padre, medico di medicina generale, a partire dal cui lavoro svilupperà tematiche deliranti di contaminazione.

Le misure di lockdown avevano repentinamente stravolto la routine del paziente portandolo all'isolamento, alla percezione di non riuscire più a corrispondere alle richieste dei docenti, dei familiari e degli amici, ad un sovrainvestimento poco fruttuoso nell'attività didattica e ad una progressiva alterazione dei ritmi circadiani fino a sviluppare una grave insonnia. Aveva perso progressivamente peso, presentava un affaccendamento afinalistico e iniziava a sviluppare interpretatività patologica rispetto ai compagni di corso verosimilmente secondaria a vissuti di vergogna e incapacità. Parallelamente l'emergenza sempre più grave correlata al Covid-19 plasmava un delirio di contaminazione e emergeva uno stato di allarme per la sorte dei genitori. Il progressivo acuirsi della condizione psicopatologica, celato dalla condizione di solitudine ed isolamento e inizialmente dissimulato ai genitori telefonicamente, portava ad una completa frammentazione del paziente tale per cui i familiari attivavano il percorso di urgenza.

All'ingresso in reparto si presentava confuso, disorganizzato (si denudava, confondeva le camere, parlava di sé in prima e in terza persona inglesizzando il proprio nome) e allarmato.

L'introduzione di benzodiazepine e di antipsicotici atipici a basso dosaggio permetteva un progressiva riduzione della sintomatologia fino alla completa restituito ad integrum.

### CASO CLINICO N.3

A metà luglio 2020 il paziente, di 54 anni, veniva inviato in urgenza in PS da un collega psichiatra che lo aveva visitato privatamente per un quadro psicopatologico caratterizzato da tematiche ipocondriache e di rovina deliranti, dissociazione ideo-affettiva, disorganizzazio-

ne concettuale, perplessità con sviluppo di pensiero di omicidio-suicidio relativo a se stesso e alla figlia portato quasi a compimento nei giorni precedenti al ricovero. Da tempo descritta insonnia.

Accettava il ricovero senza comprenderne a fondo la necessità.

L'anamnesi psicopatologica vedeva un precedente contatto privato nel 2001 per sintomatologia ansioso-depressiva e un periodo di cura tra il 2018-19 per generico disturbo dell'umore. Nelle settimane precedenti al ricovero aveva iniziato un percorso psicologico.

Nella storia clinica presentava un distacco di retina post traumatico nel 2011 e una fascite plantare bilaterale che rappresenterà un fattore critico nello sviluppo del quadro psicopatologico acuto.

La figlia si 14 anni soffriva di osteocondrosi ad entrambi i piedi che ne ha limitavano alcune attività comuni per i coetanei. Descritte difficoltà di fecondazione.

Dalla moglie veniva descritto come lavoratore scrupoloso e padre amorevole.

Lui stesso descriverà un forte senso di responsabilità rispetto alla figlia ed una dedizione completa a lei (trascorrono assieme molto tempo, leggono, cercano punti in comune, il padre si occupa dei rapporti con la scuola etc).

Esami ematici ed ECG all'ingresso nei limiti.

Indagine di RM encefalo non mostrava reperti di significato patologico.

Nel periodo di lockdown il paziente aveva presentato una riacutizzazione della fascite plantare per la quale non poté rivolgersi ai propri curanti date le restrizioni del periodo.

Il dolore e le difficoltà di deambulazione erano progressivamente diventate il tema principale del paziente con sviluppo di ideazione prevalente e angoscia. Nelle settimane successive sviluppava connessioni con la situazione clinica della figlia con un immedesimarsi nelle sue difficoltà motorie. Questo tema si assolutizzava fino alla conferma che per la figlia non sarebbe mai possibile un'esistenza normale. Subentrava, allora,

allarme, affaccendamento, la ricerca e il programmare numerosi consulti non appena terminato il lockdown. Ogni consulto ortopedico per la figlia originava in lui nuove conferme circa il proprio pensiero che arrivava ad assumere un'intensità delirante congrua ad un umore descritto come gravemente deflesso. L'insonnia si fa sempre più importante con almanaccamento notturno alla ricerca di una soluzione che il paziente realizzava nel fine vita della figlia e proprio.

La sera prima del ricovero e dell'incontro con la psichiatra che lo invierà in PS veniva "scoperto" dalla moglie aggirarsi attorno al letto della figlia con un cuscino in mano in un verosimile stato dissociativo.

Lo stesso non riuscirà mai completamente a ricordare o descrivere se abbia premuto il cuscino sul volto della figlia e questo, nei primi giorni di ricovero, costituirà un dubbio angosciante.

L'impostazione di terapia con antidepressivi e antipsicotici di seconda generazione (pine) ha consentito di riprendere un regolare ritmo sonno-veglia e successivamente al recupero della sintonia e di un pensiero più organizzato. Alle dimissioni anche l'umore appariva in asse. Progettuale e disponibile rispetto alla prosecuzione delle cure ambulatoriali.

## DISCUSSIONE

Quello che ci appare, a posteriori, dalla valutazione dei casi, a fronte di tratti comuni in fase prodromica e acuta, è che sia avvenuto proprio nella regione dell'endogeno l'evento fondamentale che ha condotto, evolvendo da una situazione pre-depressiva caratterizzata da un'incertezza profonda e l'ossessione del dubbio, alla melanconia.

In tutti si poteva ritrovare una personalità premorboza con caratteristiche che ricordano il TM.

In loro vediamo una disposizione all'ordine, che è il tratto essenziale che regola il rapporto con il quotidiano e con il prossimo, un'attitudine alla diligenza, alla scrupolosità, ad una coscienza del dovere, al desiderio di mantenere l'ambiente libero da forme di colpevolezza e di

conflittualità, alla socievolezza e all'altruismo, al rispetto delle gerarchie e ad una tendenza ad aspettative elevate circa le proprie prestazioni sia in senso qualitativo che quantitativo per il loro valore sociale.

L'evento del lockdown si è configurato come situazione in grado di distruggere l'ordinatezza dei pazienti e di attivare il vissuto di debito rispetto alle aspettative autoimposte per il mantenimento del ruolo sociale e familiare.

La situazione pre-depressiva immergendo così il TM nella sua contraddittorietà ha suscitato l'endocinesi melanconica.

Lo iato tra la situazione pre-melanconica e quella melanconica iniziale, inaccessibile ad una comprensione psicologica e antropologica, è l'istante in cui è intervenuto l'endogeno (Tellenbach, 1973).

Questo, nei nostri casi, si esprime attraverso l'alterazione del ritmico con il disturbo del ritmo sonno-veglia, l'interruzione dell'esigenza di nutrimento e sessuale e l'alterazione della cinesi con un'alternanza di eccitazione e stupore nello stesso giorno simile a ciò che accade nelle catatonie periodiche, trasformazione qualitativa che Janzarik (Janzarik, 1959) descrive come "un angosciato eccitamento in una corsa a vuoto che dura mesi".

La percezione di una modificazione globale del modo di essere del melanconico si evidenzia, già dal primo contatto in PS, con l'esperienza atmosferica di inaridimento e deperimento del vissuto che alcuni autori pongono allo stesso livello della Praecoexgeful di Rumke (Rumke, 1958).

## CONCLUSIONE

Le ipotesi diagnostiche sono oscillate tra bouffée deliranti, episodi psicotici brevi, psicosi affettive e forme melanconiche.

L'esercizio speculativo sui casi descritti, coscienti del valore puramente aneddótico, ci ha permesso di riflettere oltre che sulle analogie sintomatologiche e di esperienze di vita anche sulle sovrapposizioni in ordine ai tratti premorbosi e al loro incontrarsi con situazioni specifiche

per la persona e sull'evoluzione benigna orientando il pensiero clinico verso una forma melanconica endogena.

Il costrutto teorico di Tellenbach ci è apparso, per la sua articolata e d originale formulazione esplicativa sulla patogenesi di alcune forme melanconiche, adeguato a leggere la psicopatologia presentata e ad orientare il programma terapeutico e ancora fecondo per fornire una cornice esplicativa a forme cliniche particolarmente severe.

## BIBLIOGRAFIA

1. Tatossian A., *La phénoménologie des psychoses*. Masson, Paris, 1979. Ed. It. Giovanni Fioriti Editori, 2003.
2. Mechler A., *Degeneration und Endogenen*. Nervenarzt, 34, 219. 1963.
3. Tellenbach H., *Melancholie. Problemgeschichte, Endogenität, Typologie, Pathogenese, Klinik*. Sprenger-Verlag Berlin Heidelberg 1961. Ed. It. Il Pensiero Scientifico Editore, 2015.
4. Ambrosini A., Stanghellini G., Langer A.I., *Typus Melancholicus from Tellenbach up to the present day: a review about the premorbid personality vulnerable to melancholia*. Actas Esp Psiquiatr, 2011; 39(5):302-11.
5. Kraus A., *Phenomenological anthropological psychiatry*. Contemporary psychiatry, Springer-Verlag, Berlin, Vol 1, 2001
6. Rumke H.C., *Die Klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenien*. Nervenarzt 29:49, 1958.

---

### AFFERENZA DEGLI AUTORI:

\*Psichiatra,

\*\* Psichiatra Responsabile SPDC,

°Psichiatra Responsabile FF Unità Operativa Complessa

DSMD

ASST Santi Paolo e Carlo

Presidio Ospedaliero San Carlo Borromeo

## Sviluppo e validazione di “AMBRA”, uno strumento di valutazione della prestazione degli operatori

Filippo Rapisarda\*, Barbara D'Avanzo\*\*,  
Manuela Polizzi\*, Francesco Boccia\*°,  
Valentina Gala\*°, Igor Marinkovic\*°,  
Francesca Massarotto\*°, Jessica Noris\*°,  
Andrea Todisco\*°, Arcadio Erlicher\*

### RIASSUNTO

**Introduzione.** Nella valutazione della prestazione del personale infermieristico appaiono importanti, oltre alle competenze tecniche, anche caratteristiche non tecniche, che rappresentano la condizione per l'erogazione delle prestazioni tecniche, soprattutto nei servizi alle persone svantaggiate o disabili. **Obiettivo.** Sviluppo e validazione di uno strumento di valutazione in versioni etero-compilata e auto-compilata finalizzato a valutare la prestazione di operatori con diversi profili professionali della Cooperativa Ambra impiegati nei servizi di salute mentale e di geriatria. **Metodi.** Sviluppo, applicazione, ridefinizione degli item degli strumenti, degli ancoraggi e delle procedure di utilizzo. Test-retest e calcolo del  $k$  di Cohen per stimare il grado di stabilità tra valutazioni ripetute. Analisi delle componenti principali (ACP) per valutare la struttura fattoriale dello strumento di etero-valutazione e calcolo dell'alpha di Cronbach per stimare la consistenza interna delle componenti. **Risultati.** Lo strumento di etero-somministrazione è stato utilizzato con 103 operatori. Per la maggior parte degli item sono stati usati tutti i livelli, con una concentrazione dei valori nel livello sufficiente/buono. L'affidabilità è risultata buona, ad eccezione dell'item sulla definizione delle priorità. Tre componenti sono emerse: prestazioni professionali, cittadinanza organizzativa, attenzione e diligenza, con coefficienti di saturazione fattoriale dell'ACP  $\geq 0.40$  su

almeno una componente. L'alpha di Cronbach è elevata in tutte le dimensioni. Le caratteristiche dello strumento di auto-valutazione sono risultate meno soddisfacenti. **Discussione.** La scala di etero-valutazione, di cui è allegata la copia, è di facile applicazione e ha caratteristiche di validità e affidabilità soddisfacenti e può favorire lo sviluppo di criteri condivisi per la valutazione delle prestazioni e il miglioramento delle competenze e della formazione. Il questionario autosomministrato richiede ulteriore sviluppo, ma il suo utilizzo può favorire il confronto tra le prestazioni osservate e quelle percepite dall'operatore.

### RAZIONALE

La qualità della prestazione degli operatori sanitari è un considerato uno dei principali predittori della soddisfazione degli utenti (Larrabee, 2004) e dell'esito delle cure (Lee, 1999) e, pertanto, elemento fondamentale per il miglioramento della qualità di un servizio (Gillani, 2005). La prestazione dell'operatore sanitario è l'esito di processi multi-fattoriali, solo parzialmente associati al livello di competenza individuale (Khan, 2012).

La ricerca in ambito infermieristico ha prodotto alcuni strumenti di valutazione della prestazione, specifici per il personale infermieristico, che si sono focalizzati soprattutto sulla competenza tecnica e clinica, come la Schwirian six-D scale (Schwirian, 1978) e la Slater Nursing Competencies Rating scale (Wandelt, 1974). Tuttavia, nelle organizzazioni appaiono importanti anche le caratteristiche, non strettamente connesse alle competenze tecniche, che rappresentano la base per l'espressione di quelle stesse competenze. Questo è tanto più importante nella produzione dei servizi alla persona, in particolare nell'ambito della cura alle persone fragili, svantaggiate o disabili, in cui la qualità della cura dipende in modo sostanziale dal modo in cui gli operatori erogano i servizi e gli interventi. In questi contesti, gli operatori infermieristici, assieme agli operatori socio-sanitari, agli educatori e ai terapisti della riabilitazione psichiatrica svolgono un ruolo centrale in virtù del tempo che trascorrono

in prossimità della persona, del ruolo di trasmissione dei bisogni ad altri professionisti, della responsabilità di qualificare il contesto organizzativo e relazionale sia nella attività quotidiana che nella pianificazione. Strumenti di più recente sviluppo (Greenslade, 2007) hanno quindi introdotto la valutazione di aspetti legati anche alla *contextual performance*, recependo le indicazioni di modelli di prestazione che tengono conto di fattori interpersonali e contestuali (Borman, 1993).

Le organizzazioni tendono a sviluppare dei propri sistemi di valutazione della prestazione del personale, generalmente scale di valutazione compilate da un supervisore e questionari auto-compilati. Tuttavia, come Fletcher ha evidenziato (Fletcher, 2016; Fletcher, 1998), questi strumenti hanno spesso evidenti carenze di tipo metodologico, mancando sia di una chiara definizione delle competenze e dei processi che definiscono la prestazione in quel contesto, sia di validità psicometrica una volta applicati; tuttavia, un adeguato processo di consulenza può aiutare a migliorare strumenti già in uso attraverso metodologie mutuare dalla ricerca psicologica (Fletcher, 1998).

Questo studio nasce dall'interesse della Cooperativa di servizi AMBRA di sviluppare e validare uno strumento di valutazione dei comportamenti professionali dei propri dipendenti impiegati nei servizi di riabilitazione psichiatrica e di geriatria gestiti per conto delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali lombarde (ASST). La dirigenza della cooperativa e i coordinatori del personale delle unità operative hanno avviato un processo di miglioramento continuo di qualità dei livelli professionali e delle prestazioni erogate, e, a questo scopo, hanno ritenuto necessario mettere a punto delle procedure di valutazione del personale. Avvalendosi della consulenza di tecnici con un background di ricerca nel campo dei servizi di salute mentale, l'organizzazione ha condotto una sperimentazione interna che ha portato allo sviluppo e alla validazione di uno strumento, finalizzato a valutare la prestazione di operatori con diversi profili

professionali impiegati nei servizi di Salute Mentale e in un reparto di Geriatria.

## METODI

### Assunzioni metodologiche

Nella predisposizione dello strumento si è lavorato sulla base di quattro assunzioni metodologiche, introdotte e discusse negli incontri tra i consulenti scientifici e i responsabili e coordinatori dell'organizzazione.

1. Considerare la prestazione come il comportamento dell'operatore, e non come l'esito del comportamento lavorativo (Campbell, 1993). Secondo questa logica, il raggiungimento dell'esito atteso potrebbe essere ottenuto con vie e strumenti diversi e non corrispondenti alle procedure e alle competenze richieste, che potrebbero pertanto rivelarsi negativi in termini di relazioni e di organizzazione (Murphy, 1990). Per questo motivo, la valutazione della prestazione è rappresentata da una descrizione del comportamento tipico dell'operatore in una certa area. La conseguenza applicativa di questa assunzione è stata la formulazione degli item secondo la metodologia della scala di osservazione comportamentale, in cui, per ogni item, sono formulati quattro livelli descrittivi di comportamenti tipici secondo la seguente gradazione: *livello 1*, prestazione scadente o comportamento fortemente disfunzionale; *livello 2*, prestazione non soddisfacente e da migliorare; *livello 3*, prestazione adeguata; *livello 4*, prestazione eccellente, che identifica livelli di autonomia e competenza auspicabili ma non necessariamente attesi in tutti i lavoratori.
2. Sviluppare un solo strumento che potesse essere utilizzato per diverse posizioni lavorative e profili professionali, ovvero infermieri, operatori socio-sanitari, educatori professionali e terapisti della riabilitazione psichiatrica, e in diversi contesti operativi. Tale scelta ha il vantaggio di massimizzare l'efficienza dello sviluppo dello strumento e ha richiesto lo sviluppo di item idonei.

3. Sviluppare in parallelo uno strumento etero-compilato e uno auto-somministrato. Tale scelta, ispirata dalla metodologia della valutazione 360° (Fletcher, 2001; Allen, 1997), è stata motivata dall'evidenza in letteratura che, sul lungo periodo e con un'adeguata azione sulla cultura organizzativa, raccogliere anche l'auto-valutazione del lavoratore costituisce un'opportunità di *empowerment* del lavoratore stesso e può aumentare l'attitudine del personale alla valutazione (Fletcher, 2016).
4. Identificare delle aree tematiche su cui basare la costruzione degli item. Sempre nell'ottica di sviluppare uno strumento a partire dalla realtà dell'organizzazione, nella fase pilota è stata avviata una procedura di costruzione degli item che prevedesse la loro formulazione da parte di figure chiave dell'organizzazione.

La *Tabella 1* mostra a titolo esemplificativo un item con i relativi criteri di attribuzione del livello e la corrispondenza tra lo strumento di etero-valutazione e quello di auto-valutazione.

### Fasi di sviluppo del progetto

1. Fase: preparazione dello strumento:
  - Costituzione del team di lavoro, composto da tre consulenti scientifici esterni all'organizzazione, dai coordinatori dei servizi della Cooperativa dell'area di Milano e provincia, dalla Responsabile dell'Area Salute Mentale e dal Direttore delle Risorse Umane.
  - Definizione delle scelte metodologiche precedentemente esposte, delle finalità applicative dello strumento e delle fasi di lavoro.
  - Sviluppo della prima versione degli item, con la definizione della prestazione relativamente alle diverse aree di competenza.
  - In questa fase è stata curata la condivisione del progetto con i lavoratori e sono stati organizzati:
    - a. Un incontro con le rappresentanze sindacali in cui il Direttore delle Risorse Umane ha esposto la logica e le fasi di realizzazione del progetto, incontrando il parere favorevole e l'interesse dei rappresentanti sindacali. In particolare, è stata sottolineata la natura del progetto come

Tabella 1. Esempio di formulazione dell'item 3 "Gestione degli imprevisti ed emergenze rispetto al ruolo".

	Eterovalutazione	Autovalutazione
<b>Livello 1</b> Prestazione scadente e/o comportamento disfunzionale	Di fronte ad imprevisti ed emergenze, agisce in maniera insoddisfacente e inappropriata.	Le situazioni di crisi e di emergenza possono mettermi in difficoltà. Non sempre riesco ad affrontarle e a gestirle in modo del tutto soddisfacente.
<b>Livello 2</b> Prestazione non soddisfacente e da migliorare	In caso di imprevisti ed emergenze necessita di supporto per poter mettere in pratica le sue competenze.	Di fronte a situazioni di crisi o di emergenza tendo a cercare il supporto dei superiori e dei colleghi per adottare soluzioni appropriate.
<b>Livello 3</b> Prestazione adeguata	Affronta con autonomia, responsabilità, padronanza e celerità imprevisti ed emergenze, adottando soluzioni opportune.	Riesco ad affrontare in autonomia con responsabilità, padronanza e celerità imprevisti ed emergenze, adottando soluzioni opportune.
<b>Livello 4</b> Prestazione eccellente	Nel momento in cui si verifica l'emergenza, è un punto di riferimento per tutta l'équipe, essendo in grado di coordinare l'intervento.	Durante un imprevisto o un'emergenza, cerco di coordinare l'intervento e mi capita di essere considerato come un punto di riferimento per tutta l'équipe.

esclusivamente volta al miglioramento della qualità delle prestazioni e del clima di lavoro e non alla definizione di criteri per il trattamento economico dei lavoratori.

- b. Un Focus group cui hanno partecipato dodici lavoratori, con differenti profili professionali (infermieri, terapisti della riabilitazione, OSS) dei diversi servizi gestiti da AMBRA nell'area milanese. Sono stati messi in evidenza sia problemi relativi alla chiarezza della formulazione degli item (ad esempio rispetto alla conoscenza dell'organizzazione, che, nella prima versione, non distingueva tra la cooperativa e l'Azienda in cui la cooperativa opera) e delle opzioni di risposta, sia la necessità di definire il percorso e le modalità di restituzione e condivisione della valutazione dei lavoratori.

A conclusione di questa fase sono stati identificati 17 item, formulati in modo coerente sia nello strumento di etero che in quello di autovalutazione.

2. Fase "pilota". Applicazione dello strumento. Obiettivo era evidenziare i possibili aspetti critici. È stata condotta la valutazione della prestazione, che ha richiesto la compilazione dello strumento di etero-valutazione da parte dei coordinatori e parallelamente sono stati raccolti i dati di autovalutazione. L'analisi dei risultati emersi rispetto alla valutazione effettuata ha permesso di identificare gli aspetti che richiedevano un ulteriore affinamento della metodologia. Si è stabilito che etero-valutazione ed auto-valutazione dovessero avvenire in tempi e luoghi separati e che gli esiti venissero confrontati nell'incontro di restituzione/condivisione tra coordinatori e operatori. Inoltre, dall'analisi delle statistiche descrittive per item, si è visto che per molti di essi i punteggi si distribuivano con scarsa variabilità tra i livelli, laddove i livelli più bassi non venivano quasi mai adottati mentre la distinzione tra il livello 3 e il 4 non era abbastanza

chiara. Si è provveduto quindi a riformulare i livelli allo scopo di renderli meglio applicabili.

3. Fase di validazione e definizione della versione definitiva degli strumenti, che sono stati di nuovo compilati per tutti gli operatori delle unità operative. In questa fase, è stata condotta una nuova somministrazione degli strumenti di valutazione, includendo inoltre un'aggiuntiva somministrazione con un disegno test-retest a distanza di due settimane per un sottogruppo di operatori selezionato casualmente.

### **Analisi dei dati**

Nella fase pilota, le statistiche descrittive hanno consentito di restituire al team di ricerca indicazioni rispetto agli item da mantenere, modificare o eliminare.

Nella fase di validazione sono state calcolate le statistiche descrittive per ciascun item sia dell'etero che dell'autovalutazione, in modo da analizzare qualitativamente la distribuzione delle risposte per livello. Inoltre, per ciascun item è stato calcolato l'indice di  $k$  di Cohen per stimare il grado di stabilità tra valutazioni ripetute, e fornire un'indicazione del grado di affidabilità delle misure.

Solo per il questionario di etero-valutazione è stata condotta l'analisi delle componenti principali (ACP) per valutare la struttura fattoriale interna dello strumento. Un valore di almeno 0.40 nella saturazione fattoriale per item è stato posto come requisito per poter includere l'item all'interno di una componente (15). Infine, per ogni componente estratta, è stato calcolato l'indice Alpha di Cronbach per stimare la consistenza interna.

Tutte le analisi sono state condotte utilizzando il software IBM SPSS Statistics v. 23.

## **RISULTATI**

### **Statistiche descrittive e affidabilità degli item**

La somministrazione della fase di valutazione ha coinvolto un totale di 103 partecipanti appartenenti a 14 unità operative distribuite nei territori dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, dell'ASST Nord

Milano (Sesto San Giovanni, Cinisello Balsamo) e della Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico. Il campione era composto da 52 educatori o TERP, 29 OSS e 22 infermieri. Il re-test si è svolto a due settimane di distanza su un sottogruppo di 41 partecipanti e i risultati sono stati espressi con i valori del *k* di Cohen (Tabella 2).

La tabella 2 mostra le statistiche descrittive per gli item dello strumento etero-somministrato. Per la maggior parte degli item sono stati usati tutti e 4 i livelli, e per tutti almeno 3 livelli, indicando che tutti i livelli sono stati utili nella valutazione. Tuttavia, eccetto che

per l'item 10 (senso di appartenenza alla cooperativa), vi era una concentrazione dei valori che andava dal 43 all'81% nella classe di valutazione della prestazione come sufficiente/buona. Le risposte mancanti sono state sei, distribuite su cinque item, indicando che gli item erano sostanzialmente tutti comprensibili e pertinenti e che a tutti era possibile dare una risposta (Tabella 2). I valori di affidabilità sono nel complesso accettabili, ad eccezione dell'item 7 (definizione delle priorità), il più basso, e con valori particolarmente elevati per la cura di sé e l'abbigliamento (*k* 0,90) e la partecipazione al lavoro di équipe (*k* 0,79).

Tabella 2. Punteggi dell'etero-valutazione (N = 103), risposte mancanti e *k* di Cohen per ciascun item.

Item	Percentuali di risposta per livello				Risposte mancanti	Media (DS)	K di Cohen
	Livello 1	Livello 2	Livello 3	Livello 4			
1. Competenza tecnica	1,9%	23,3%	54,4%	20,4%	0	2,9 (0,7)	0,79
2. Aggiornamento e apprendimento professionale	37,9%	11,7%	42,7%	7,8%	0	2,2 (1,0)	0,78
3. Gestione imprevisti ed emergenze	1,9%	31,1%	56,3%	10,7%	0	2,7 (0,7)	0,77
4. Precisione e rispetto tempi	0%	8,7%	49,5%	40,8%	1	3,3 (0,6)	0,53
5. Rispetto dell'orario	1,9%	1,9%	42,7%	51,5%	2	3,5 (0,7)	0,63
6. Cura di sé e abbigliamento	0%	8,7%	68,0%	27,2%	1	3,2 (0,5)	0,90
7. Definizione delle priorità	0%	13,6%	66,0%	20,4%	0	3,1 (0,6)	0,39
8. Iniziativa personale	3,9%	13,6%	68,0%	14,6%	0	2,9 (0,7)	0,45
9. Adattamento al cambiamento	9,7%	25,2%	46,6%	17,5%	1	2,7 (0,9)	0,69
10. Appartenenza alla cooperativa	68,0%	9,7%	21,4%	1,0%	0	1,5 (0,9)	0,77
11. Conoscenza dell'azienda	1,9%	35,0%	43,7%	19,4%	0	2,8 (0,8)	0,54
12. Partecipazione équipe	1,9%	27,2%	64,1%	5,8%	1	2,7 (0,6)	0,82
13. Relazioni coi colleghi	2,9%	6,8%	81,6%	8,7%	0	3,0 (0,5)	0,48
14. Relazione col responsabile	2,9%	9,7%	57,3%	30,1%	0	3,2 (0,7)	0,74
15. Relazione con gli utenti	0%	6,8%	43,7%	49,5%	0	3,4 (0,6)	0,46
16. Gestione dello stress	4,9%	19,4%	61,2%	14,6%	0	2,8 (0,7)	0,61
17. Utilizzo delle risorse	0%	20,4%	71,8%	7,8%	0	2,9 (0,5)	0,43

Passando invece ai dati del questionario di auto-valutazione (Tabella 3), i punteggi degli item si distribuiscono, nel complesso, in modo più marcato di quanto accada nella scala di etero-valutazione tra il terzo e il quarto livello, con una frequenza più alta di valori mancanti (da un minimo di 5 a un massimo di 9). Inoltre, nel test-retest, i valori del k di Cohen hanno mostrato un'affidabilità bassa negli item relativi alla competenza tecnica, la motivazione all'aggiornamento, la gestione degli imprevisti, la definizione delle priorità, le relazioni con i colleghi e l'utilizzo delle risorse, mentre l'affidabilità è risultata soddisfacente nell'item relativo al senso di appartenenza alla cooperativa (Tabella 3).

### Valutazione della coerenza interna

I risultati dell'ACP sono presentati nella tabella 4. Tutti gli item hanno ottenuto coefficienti di saturazione fattoriale  $\geq .40$  su almeno una componente, pertanto la soluzione finale adottata, che comprende tre componenti e che spiega il 58% della varianza, comprende tutti gli item sviluppati. Le tre componenti sono:

- prestazioni professionali: item che descrivono la prestazione nei termini di quanto richiesto nei rispettivi ruoli professionali, ovvero competenza nella gestione delle procedure, *problem solving*, capacità di relazionarsi con gli utenti, i colleghi e i responsabili;

Tabella 3. Punteggi dell'autovalutazione, risposte mancanti e k di Cohen per ciascun item.

Item	Percentuali di risposta per livello				Risposte mancanti	Media (DS)	K di Cohen
	Livello 1	Livello 2	Livello 3	Livello 4			
1. Competenza tecnica	0%	9,8%	63,7%	20,6%	6	3,1 (0,6)	0,35
2. Aggiornamento e apprendimento professionale	2,0%	13,7%	73,5%	2,0%	9	2,8 (0,5)	-0,05
3. Gestione imprevisti ed emergenze	0%	24,5%	60,8%	10,8%	5	2,8 (0,6)	0,31
4. Precisione e rispetto tempi	0%	3,9%	58,8%	33,3%	5	3,3 (0,5)	0,55
5. Rispetto dell'orario	0%	2,9%	40,2%	52,0%	6	3,5 (0,6)	0,41
6. Cura di sé e abbigliamento	0%	4,9%	35,3%	55,9%	5	3,5 (0,6)	0,55
7. Definizione delle priorità	2,0%	7,8%	50,0%	35,3%	5	3,3 (0,8)	0,32
8. Iniziativa personale	5,9%	4,9%	60,8%	22,5%	6	3,1 (0,8)	0,39
9. Adattamento al cambiamento	3,9%	6,9%	69,6%	15,7%	5	3,0 (0,6)	0,49
10. Appartenenza alla cooperativa	58,8%	8,8%	22,5%	3,9%	7	1,7 (0,1)	0,75
11. Conoscenza dell'azienda	6,9%	9,8%	61,8%	16,7%	6	2,9 (0,8)	0,48
12. Partecipazione équipe	0%	2,9%	79,4%	12,7%	6	3,1 (0,4)	0,56
13. Relazioni coi colleghi	2,0%	2,9%	65,7%	25,5%	5	3,2 (0,6)	0,52
14. Relazione col responsabile	0%	2,9%	55,9%	35,3%	7	3,3 (0,6)	0,37
15. Relazione con gli utenti	0%	6,9%	41,2%	47,1%	6	3,4 (0,6)	0,43
16. Gestione dello stress	0%	17,6%	58,8%	19,6%	5	3,0 (0,6)	0,43
17. Utilizzo delle risorse	0%	9,8%	65,7%	20,6%	5	3,1 (0,6)	0,31

- cittadinanza organizzativa: item che comprendono il senso di appartenenza all'organizzazione, l'adattamento ai cambiamenti organizzativi e la promozione dello sviluppo professionale individuale e dei colleghi attraverso la formazione;
- attenzione e diligenza: comprende item che, seppur non riguardano competenze tecniche in senso stretto, esprimono un atteggiamento di coscienziosità e attenzione al proprio lavoro.

L'analisi della consistenza interna, condotta calcolando l'Alpha di Cronbach sugli item che compongono le tre componenti emerse nell'ACP, è risultata elevata in tutte e tre le dimensioni, con un massimo di 0,89 nella dimensione delle competenze tecnico-professionali e un minimo di 0,67 nella dimensione dell'attenzione e diligenza.

## DISCUSSIONE

Gli strumenti di valutazione sono nati dall'esigenza, espressa da un piccolo gruppo di coordinatori, di esplicitare e validare i criteri che sorreggono la valutazione di adeguatezza delle prestazioni in modo da facilitare la condivisione delle valutazioni, nonché la loro messa in discussione, all'interno del loro contesto di lavoro. La scala di etero-valutazione che è stata sviluppata e validata si è mostrata di facile applicazione e ha mostrato di avere caratteristiche psicometriche più che sufficienti: le risposte ai singoli item si distribuiscono con un discreto grado di variabilità nei vari livelli, i valori di affidabilità sono nel complesso sufficienti, la suddivisione interna degli item in componenti principali è dotata di coerenza concettuale e psicometrica (con punteggi di Alpha di Cronbach discreti, compreso il valore della componente di Attenzione e Diligenza che viene penalizzato dall'esiguo numero di item).

Meno convincenti si sono rivelate le proprietà del questionario di auto-valutazione, con risposte polarizzate e punteggi di affidabilità scarsi. Questi risultati si possono

spiegare con il fatto che lo strumento è stato costruito trasponendo gli item della scala di etero-valutazione, sviluppati attraverso un coinvolgimento più diretto e intenso dei coordinatori con riunioni periodiche di confronto, mentre il coinvolgimento degli operatori è stato limitato ad un focus group per la raccolta di feedback. Spetterà ad una fase di ricerca e sviluppo successiva l'ulteriore miglioramento di questo strumento, partendo da un coinvolgimento più diretto del personale.

Lo strumento ha mostrato di avere una struttura latente caratterizzata da tre componenti principali: Prestazioni Professionali, Cittadinanza Organizzativa e Attenzione e Diligenza. Questa suddivisione tematica riprende, parzialmente, quanto proposto da alcuni dei modelli concettuali esistenti nella letteratura sulla prestazione in ambito sanitario (Greenslade, 2007; Borman, 1993). In particolare, la componente Prestazioni Professionali comprende item riconducibili sia alla cosiddetta *task performance*, l'insieme di comportamenti rilevanti per gli obiettivi dell'unità in cui la persona, sia alla cosiddetta *contextual performance*, comportamenti trasversali ai ruoli che riguardano l'approccio a problemi lavorativi e il supporto interpersonale (Murphy, 1990; Coleman, 2000). La componente Cittadinanza Organizzativa comprende comportamenti e atteggiamenti che favoriscono il raggiungimento degli obiettivi organizzativi, ma che non sono direttamente legati né alla *task performance* né alla *contextual performance* e che richiamano piuttosto il concetto di *organizational citizenship* (Taris, 2015; Koopmans, 2011). In questo caso, gli item, più che veri e propri comportamenti, colgono degli aspetti generali di atteggiamento rispetto all'organizzazione, tra i quali, oltre all'appartenenza organizzativa (elemento rilevante quando riferito a personale di una cooperativa sociale, che può scegliere se diventare o meno socio dell'organizzazione) e all'adattamento ai cambiamenti organizzativi (Koopmans, 2011), si associa anche l'atteggiamento rispetto alla formazione. La terza componente emersa, Attenzione e Diligenza, riconducibile ancora alla *contextual perfor-*

mance, si distingue dalle altre due componenti. Questo risultato si potrebbe spiegare considerando il contenuto degli item come espressione del fattore di personalità di Coscienziosità (*conscientiousness*), sviluppato nel Five Factor Model e che ha trovato diversi riscontri nella letteratura sulla prestazione lavorativa (Behling, 1998).

### OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

Con l'applicazione della procedura di valutazione sono state individuate aree di forza e aree di criticità operativa che si riferiscono sia ai singoli operatori sia ai gruppi di lavoro. È quindi possibile elaborare e attuare strategie di formazione mirate secondo criteri di priorità chiari e condivisi.

La verifica dell'efficacia del processo di valutazione applicato nella sperimentazione può avvenire solo attraverso la regolarità e la continuità nel tempo di questo processo. Le valutazioni effettuate in questa prima applicazione sperimentale del programma costituiscono un patrimonio di informazioni su cui basarsi per le valutazioni successive del personale per rilevare o meno l'innescò di processi virtuosi di miglioramento continuo della qualità e dei comportamenti professionali.

Come ogni altro strumento di valutazione, anche questo dovrà essere adeguatamente sorvegliato ed eventualmente aggiornato al cambiamento dei contesti operativi. In altre parole sarà necessaria una manutenzione dello strumento valutativo e dei processi di applicazione per renderlo continuativo nel tempo.

---

#### AFFERENZA DEGLI AUTORI

\* *Cooperativa Sociale Ambra, Reggio Emilia*

\*\* *Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, Milano*

° *Cooperativa Sociale Ambra, Reggio Emilia – Coordinatori Sanitari*

### BIBLIOGRAFIA

1. Larrabee JH, Ostrow CL, Withrow ML, Janney MA, Hobbs GR, Burant C. Predictors of patient satisfaction with inpatient hospital nursing care. *Res Nurs Health* 2004; 27:254-268.
2. Lee JL, Chang BL, Pearson ML, Kahn KL, Rubenstein LV. *Does what nurses do affect clinical outcomes for hospitalized patients? A review of the literature.* *Health Serv Res* 1999; 34:1011-1032.
3. Gillani A, Jarvi K, De Angelis A. *Fostering a culture of accountability through a performance appraisal system.* *Healthc Manage Forum*, 2005; 18(1):35-38.
4. Khan K, Ramachandran S. *Conceptual framework for performance assessment: Competency, competence and performance in the context of assessments in healthcare—Deciphering the terminology.* *Med Teach* 2012; 34(11):920-928.
5. Schwirian PM. *Evaluating the performance of nurses: A multidimensional approach.* *Nurs Res* 1978;27:347-351.
6. Wandelt M, Phaneuf M. *Three instruments for measuring the quality of nursing care.* *Hosp Top* 1974; 5:20-24.
7. Greenslade JH, Jimmieson NL. *Distinguishing between task and contextual performance for nurses: Development of a job performance scale.* *J Adv Nurs* 2007; 58(6):602-611.
8. Borman WC, Motowidlo SJ. *Expanding the criterion domain to include elements of contextual performance.* In Schmitt N, Borman WC (eds) *Personnel Selection in Organizations.* San Francisco: Jossey-Bass, 1993.
9. Fletcher C, Williams R. *Appraisal: improving performance and developing the individual.* New York: Routledge, 2016.
10. Fletcher C, Baldry C, Cunningham-Snell N. *The psychometric properties of 360 degree feedback: An empirical study and a cautionary tale.* *International J Select Assess* 1998; 6(1):19-25.
11. Campbell JP, McCloy RA, Oppler SH, Sager CE. *A theory of performance.* In Schmitt N, Borman WC (eds). *Personnel Selection in Organizations.* San Francisco: Jossey-Bass, 1993.
12. Murphy KR. *Job performance and productivity.* In KR Murphy e FE Saal (eds). *Psychology in organizations.* Hillsdale: NJ Erlbaum, 1990.

- 
13. Fletcher C. *Performance appraisal and management: The developing research agenda*. J Occup Organ Psychol 2001; 74(4):473-487.
  14. Allen ML. *Developing a 360-degree, value-based performance review model*. Radiol Manag 1997; 19(6):37-41.
  15. Corbière M., *Les analyses factorielles exploratoires et confirmatoires: Illustration à l'aide de données recueillies sur l'estime de soi en tant que travailleur*. In Corbière M, Larivière N (eds). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Québec: Presses de l'Université du Québec (PUQ), 2014.
  16. Borman WC, Motowidlo SJ. *Expanding the criterion domain to include elements of contextual performance*. In Schmitt N, Borman WC (eds). *Personnel Selection in Organizations*. San Francisco: Jossey-Bass, 1993.
  17. Coleman VI, Borman WC. *Investigating the underlying structure of the citizenship performance domain*. Hum Resour Manag Rev, 2000; 10:25-44.
  18. Taris TW, Schaufeli WB. *Individual well-being and performance at work: a conceptual and theoretical overview*. In Van Veldhoven, Peccei R (eds). *Well-being and performance at work*. Hove: Psychology Press, 2015.
  19. Koopmans L, Bernaards CM, Hilderbrandt VH, Schaufeli WB, de Vet HCW, van der Beekm AJ. *Conceptual frameworks of individual work performance: a systematic review*. J Occup Environ Med, 2011; 53(8):856-866.
  20. Behling O. *Employee selection: Will intelligence and conscientiousness do the job?* Acad Manag Exec 1998; 12:77-86.



## Osservazioni sugli item delle schede di valutazione

### PREMESSA

Nell'articolazione su 4 livelli di ogni item, il livello 2 va considerato insufficiente o comunque esprime una criticità e la necessità di formazione per superarla.

Il livello 3 va considerato quello di sufficienza (medio).

Il livello 4, più raro, quello di particolare eccellenza per operatori particolarmente capaci nell'ambito valutato e, spesso, con carisma di leader.

## SCHEDA DI (ETERO)VALUTAZIONE

*Valutazione individuale di performance*

Cognome e nome dell'operatore \_\_\_\_\_

Profilo professionale \_\_\_\_\_

Struttura o Unità Operativa di appartenenza \_\_\_\_\_

- *La responsabilità della compilazione della scheda è del Coordinatore dell'équipe*
- *La scheda è compilata dal Coordinatore con la partecipazione di altre figure professionali significative della struttura in cui l'operatore svolge la propria attività*
- *La scheda va compilata dal Coordinatore separatamente dall'operatore cui è destinata (in doppio cieco tra auto ed etero valutazione). Nel successivo confronto tra Coordinatore e operatore dopo la compilazione delle due schede è possibile che il Coordinatore possa rivedere la propria valutazione che però non prevede la rettifica della propria scheda. L'eventuale rettifica va annotata a parte.*
- *La scheda è articolata in 17 item per ciascuno dei quali sono previste 4 risposte reciprocamente escludentesi (va data un'unica risposta per ciascun item)*
- *Le risposte vanno siglate e non sono previsti punteggi numerici né parziali né complessivi*
- *La scheda è individuale e deve essere compilata per ciascuno dei componenti dell'équipe appartenente ai profili professionali di infermiere, TERP e OSS*

<b>1. Competenza rispetto all'operato. Applicazione delle conoscenze acquisite e delle procedure</b>	
Non dimostra di possedere una competenza adeguata rispetto alle attività da svolgere; non applica in maniera adeguata le procedure.	
Possiede sufficienti competenze rispetto all'attività da svolgere; applica le procedure previste ma ha necessità di supporto.	
Possiede conoscenze complete ed applica protocolli e procedure in maniera autonoma, competente ed affidabile.	
Possiede conoscenze complete che applica in maniera sinergica con altre figure professionali presenti. Applica protocolli e procedure in piena autonomia e con padronanza della materia. E' una figura di riferimento per l'equipe.	

<b>2. Motivazione all'aggiornamento e all'apprendimento</b>	
Non partecipa all'aggiornamento professionale <i>oppure</i> lo fa solo su sollecitazione del responsabile	
Partecipa all'aggiornamento di spontanea volontà, ma non cerca di applicarlo e/o non condivide o riporta quanto appreso.	
Mette in pratica e/o diffonde e riporta al gruppo di lavoro i contenuti dei momenti formativi a cui ha partecipato.	
E' sempre interessato a nuove proposte di aggiornamento per sé e per il gruppo e, pertanto, propone e/o coordina attività di formazione.	

<b>3. Gestione imprevisti ed emergenze rispetto al ruolo</b>	
Di fronte ad imprevisti ed emergenze, agisce in maniera insoddisfacente e inappropriata.	
In caso di imprevisti ed emergenze <b>necessita di supporto</b> per poter mettere in pratica le sue competenze.	
Affronta con autonomia, responsabilità, padronanza e celerità imprevisti ed emergenze, adottando soluzioni opportune.	
Nel momento in cui si verifica l'emergenza, è un punto di riferimento per tutta l'equipe, essendo in grado di coordinare l'intervento.	

<b>4. Precisione e rispetto dei tempi di lavoro</b>	
Svolge il lavoro con precisione variabile e non costante e rispetta i tempi di lavoro in modo discontinuo e imprevedibile.	
Svolge il lavoro con precisione ma con tempi più lunghi del necessario oppure svolge il lavoro nei tempi previsti ma con precisione discutibile.	
In normali condizioni di lavoro, rispetta i tempi e la qualità richiesta.	
Garantisce sempre alti livelli di precisione e affidabilità e assicura sempre il rispetto dei tempi anche in situazioni di forte carico lavorativo o imprevisti.	

<b>5. Rispetto dell'orario</b>	
Mediamente, arriva in ritardo e/o termina di lavorare in anticipo più volte nel corso del mese (una media di almeno due volte alla settimana).	
Mediamente, arriva in ritardo e/o termina di lavorare in anticipo più volte nel corso del trimestre (una media almeno due volte alla mese).	
Tende a rispettare l'orario di inizio e di termine del turno di lavoro.	
E' sempre preciso negli orari ed è disponibile a fermarsi spontaneamente oltre il turno se vi è bisogno di dare un supporto ai colleghi.	

<b>6. Cura di sé ed abbigliamento</b>	
L'abbigliamento e la cura del sé sono spesso inappropriati al contesto di lavoro e non indossa abitualmente il cartellino di riconoscimento.	
L'abbigliamento o la cura del sé sono inappropriati al contesto di lavoro <i>oppure</i> il cartellino di riconoscimento non è costantemente indossato.	
Si presenta curata/o nell'aspetto e adeguata/o nell'abbigliamento e indossa sempre il cartellino di riconoscimento.	
E' sempre ordinata/o, ed è disposta/o ad essere flessibile nell'utilizzare un abbigliamento adatto all'attività svolta secondo il contesto nel quale viene svolta. <i>Nota: Item non applicabile per i servizi in cui è obbligatoria la divisa</i>	

<b>7. Organizzazione del proprio lavoro in relazione alle priorità</b>	
Non è in grado di riconoscere un ordine di priorità nell'organizzazione del lavoro.	
Segue un suo personale criterio di gestione delle priorità che non sempre risulta efficiente rispetto alle esigenze della realtà operativa.	
Riesce a stabilire le sue priorità nel lavoro in modo coerente alle esigenze dell'unità operativa.	
Cerca di proporre ed è disponibile a sperimentare cambiamenti dell'organizzazione del lavoro per renderla più coerente alle priorità condivise nell'unità operativa.	

<b>8. Iniziativa personale, capacità di proporre soluzioni migliorative</b>	
Tende a seguire procedure in modo acritico e abitudinario anche laddove non sembra essere necessario.	
Quando prende iniziative personali, lo fa in modo poco efficace o confuso.	
E' in grado di districarsi nelle difficoltà che lo riguardano prendendo iniziative e ideando soluzioni funzionali.	
La sua capacità di immaginare soluzioni migliorative è tale da ottenere l'adesione da parte dei colleghi.	

<b>9. Adattamento al cambiamento organizzativo e/o operativo</b>	
Fatica ad adattarsi ai cambiamenti, li accetta passivamente o con opposizione.	
Non si oppone ai cambiamenti, ma ha bisogno di tempo per adattarsi.	
Si adatta con facilità e rapidità ai cambiamenti.	
E' promotore del cambiamento all'interno dell'équipe, proponendo spesso idee nuove al fine di migliorare l'efficacia e l'efficienza.	

<b>10. Senso di appartenenza alla Cooperativa</b>	
Non è socio, non partecipa alla vita della cooperativa, ne è estraneo.	
E' socio <i>ma</i> senza interesse a partecipare alla vita della cooperativa.	
E' un socio che partecipa attivamente alla vita della cooperativa.	
E' un socio che partecipa attivamente alla vita della cooperativa, sostiene e diffonde l'identità della cooperativa.	

<b>11. Conoscenza dell'organizzazione e dei processi dell'Azienda in cui svolge la sua attività</b>	
Ha una conoscenza parziale dei processi di lavoro che lo riguardano nell'unità operativa in cui opera.	
La sua conoscenza dei processi di lavoro è limitata alla sua funzione nell'unità operativa in cui opera.	
Ha una visione precisa e completa delle funzioni dei vari componenti dell'unità operativa in cui opera.	
Ha un'ampia conoscenza dei processi aziendali e cerca di coordinarsi e relazionarsi tra le varie unità operative.	

<b>12. Partecipazione al lavoro di équipe</b>	
La sua attività si oppone in modo diretto o indiretto alla linea di lavoro dell'équipe.	
Partecipa al lavoro di équipe ma senza portare particolare contributo.	
Partecipa attivamente al lavoro di équipe portando le proprie idee e opinioni.	
Sollecita la metodica di lavoro di équipe, partecipa attivamente rivelandosi punto di riferimento e coordinamento all'interno dell'équipe.	

<b>13. Relazione con i colleghi</b>	
Rende più difficile il lavoro dei colleghi o attraverso azioni di ostruzione o tramite critiche frequenti.	
Anche se non è ostile ai colleghi, non ha creato particolari rapporti di collaborazione.	
I suoi rapporti con i colleghi sono caratterizzati da cortesia e collaborazione.	
E' molto apprezzato/a dai colleghi per le sue capacità sociali e tende, in molte circostanze, ad avere riconosciuto un ruolo di leader.	

<b>14. Relazione con il proprio responsabile</b>	
Tende a mettere in discussione l'autorità del responsabile in modo manifesto.	o
Anche se apparentemente accetta le indicazioni del responsabile, tende ad agire senza tenerle in considerazione.	o
Accetta le indicazioni e le critiche che gli vengono fatte dal responsabile e ne tiene conto nell'espletamento del proprio lavoro.	o
Ha rapporti di collaborazione e scambio con il responsabile volti a migliorare la qualità del lavoro, offre un valido supporto al responsabile.	o

<b>15. Relazione con gli utenti</b>	
Le sue relazioni con gli utenti sono sempre fredde, distaccate e impersonali <i>oppure</i> sono conflittuali o troppo coinvolgenti.	o
Non sempre riesce a mantenere relazioni con l'utente improntate alla giusta distanza	o
E' in grado di mantenere sempre relazioni con l'utente improntate alla giusta distanza	o
E' considerato da molti utenti come un punto di riferimento nei momenti di difficoltà e/o riesce a instaurare rapporti significativi anche con utenti molto diffidenti.	o

<b>16. Gestione dello stress</b>	
Quando è sotto stress tende a essere meno efficiente e preciso e/o ha reazioni brusche e poco empatiche con gli utenti e i colleghi. Non se ne rende conto.	o
Quando è sotto stress è consapevole di peggiorare il suo modo di lavorare e chiede supporto o tolleranza ai colleghi.	o
Riesce a mantenersi efficiente e calma/o anche in situazioni di stress.	o
Nelle situazioni di stress riesce a infondere sicurezza ai colleghi, aiutando tutti a superare la situazione stressante.	o

<b>17. Utilizzo ottimale delle risorse materiali e strumentali</b>	
Spreca il materiale, non lo tiene in ordine, non si cura dello smaltimento e/o gestisce le risorse strumentali in modo inappropriato.	o
Utilizza i materiali e la strumentazione in maniera appropriata, ma non si preoccupa della loro gestione e organizzazione.	o
Assicura un utilizzo ottimale dei materiali. E' attenta/o alla custodia, evita gli sprechi e segnala prontamente le carenze di materiale e i guasti.	o
Sensibilizza i colleghi sull'utilizzo responsabile delle risorse materiali e strumentali	o

**Compilato da (Cognome e Nome)**

**Data di compilazione**

**Firma**

# COVID-19 e salute mentale: una guida *evidence-based* sulla telepsichiatria

Caroline Zangani\*, Barbara Giordano\*,  
Stefano Bonora\*, Hans Stein\*,  
Benedetta Demartini\*\*°, Katharine Smith<sup>†</sup>,  
Edoardo Ostinelli<sup>†</sup>, Orsola Gambini\*\*°,  
Giancarlo Cerveri<sup>□</sup>, Chiara Cibra<sup>□</sup>,  
Vanna Poli<sup>■</sup>, Paola Sacchi<sup>■</sup>, Orla Macdonald<sup>†</sup>,  
Andrea Cipriani<sup>†</sup>, Armando D'Agostino\*°

La rapida diffusione del COVID-19 ha modificato in tutto il mondo l'accesso ai Servizi così come la pratica clinica anche nell'ambito della salute mentale. I pazienti ed i clinici che operano in questo settore necessitano quindi di raccomandazioni aggiornate, pragmatiche e di facile accesso che possano aiutarli nella pratica clinica quotidiana. Il documento qui presentato è tratto dall'adattamento italiano delle raccomandazioni realizzate dall'*Oxford Precision Psychiatry Lab* in lingua inglese, realizzato dal Dipartimento di Salute Mentale dell'Università degli Studi di Milano, integrando le informazioni e le linee guida redatte dalle Società Scientifiche Nazionali (in particolare, Società Italiana di Psichiatria (SIP), Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (SIEP), Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), Istituto Superiore di Sanità (ISS)).

## CONTESTO DELLA TELEPSICHIATRIA

### Quali sono le differenze tra *telehealth*, *telemedicina* e *telepsichiatria*?

Con *telehealth* si intende la distribuzione di servizi e informazioni relative all'assistenza sanitaria a distanza utilizzando tecnologie come telefono, e-mail, computer, video interattivi, immagini digitali e dispositivi di monitoraggio dell'assistenza sanitaria (1). È un termine generico che copre molti diversi tipi di assistenza sanitaria,

compresi i servizi medici non solo clinici ma anche non clinici come l'istruzione, la ricerca e le funzioni amministrative. Ad esempio, navigare in Internet per ricercare informazioni su una patologia, telefonare a una *hotline* infermieristica, inviare per e-mail a un medico, inviare dati da un cardiofrequenzimetro tramite telefono a un cardiologo.

La telemedicina è un sottoinsieme della *telehealth*. Include molte sotto-specialità mediche, ad es. telepediatria, telepsichiatria, teleradiologia e telecardiologia. Descrive l'uso della tecnologia per fornire servizi medici clinici quando l'operatore sanitario e il paziente sono separati da una distanza geografica (1).

La telepsichiatria è una sotto-specialità della telemedicina e comprende valutazioni psichiatriche o visite di *follow-up* condotte utilizzando telefonate, piattaforme digitali audio e video (2).

### Quali sono le evidenze disponibili sulla telepsichiatria?

L'utilizzo di videoconferenze in psichiatria è descritto sin dagli anni '50. Negli anni 2000, la telepsichiatria veniva considerata come uno strumento efficace, ma leggermente diverso dall'assistenza diretta. Grazie ai risultati ottenuti attraverso la ricerca scientifica e alla creazione di linee guida pratiche, la telepsichiatria è stata successivamente applicata con successo in molte culture e contesti internazionali. Ad oggi, la telepsichiatria viene considerata equivalente all'assistenza diretta in termini di accuratezza diagnostica, efficacia del trattamento e soddisfazione del paziente, garantendo spesso un risparmio in termini di tempo, costi e altre risorse (3). I problemi legati alla privacy dei pazienti e le questioni di riservatezza sono considerati sovrapponibili a quelle dell'assistenza diretta. La quantità di evidenze scientifiche a sostegno della telepsichiatria è sostanziale e i risultati sono stati misurati come segue (4):

- Applicabilità: ottima (basato su soddisfazione e usabilità). I problemi tecnici sono rari e di solito legati

- alla bassa larghezza di banda.
- Validità: ottima. In confronto al trattamento di persona, il medico può fare tutto con solo lievi eccezioni, che possono essere spesso eseguite da una terza persona o da un familiare se necessario.
  - Affidabilità: ottima. Le diagnosi sono state fatte con una buona affidabilità tra diversi valutatori (i.e. *inter-rater reliability*) per una vasta gamma di disturbi psichiatrici in tutte le età.
  - Grado di soddisfazione: ottima tra pazienti, psichiatri e altri professionisti e in tutti i servizi clinici, popolazioni e contesti.
  - Costo ed efficacia in termini di costi: simile agli interventi di persona o migliore. Studi descrittivi indicano risparmi di tempo, viaggi e denaro per pazienti e fornitori.
  - Misure cliniche:
    - Visita clinica, valutazione diagnostica, esecuzione di test cognitivi e altro: ottima. Dozzine di scale cliniche si sono dimostrate affidabili e valide.
    - Valutazione di disturbi incluso depressione, ansia, psicosi, abuso di sostanze, disturbi cognitivi, attentivi e comportamentali (assistenza per le persone con difficoltà di apprendimento o demenza), disturbi di personalità o e molti altri: ottima.
    - *Setting* più studiati, incluso quello ambulatoriale e delle cure primarie: ottimo. *Setting* meno studiati, compreso l'emergenza, le carceri, le unità di degenza e le scuole: simile all'assistenza di persona.

I risultati dipendono tuttavia dalle capacità dei clinici, dalla qualità dell'organizzazione (compresa la *leadership*, e il lavoro di squadra clinico, tecnico e amministrativo) e della tecnologia utilizzata che consentono un buon aggancio con il paziente, chiarezza ed affidabilità.

### **C'è qualche campo in cui la telepsichiatria potrebbe essere meglio dell'assistenza diretta?**

Per i bambini e gli adolescenti con patologie dello spettro autistico, può essere preferibile il contatto di persona.

Per gli adulti con ansia invalidante potrebbe essere preferibile l'utilizzo della telepsichiatria (spesso abbinato a opzioni telefoniche ed e-mail) (4; 5).

Un numero crescente di evidenze suggerisce che la telepsichiatria (5; 6) può avere un significativo valore aggiunto rispetto ai servizi psichiatrici erogati in contesti tradizionali. Ad esempio, la telepsichiatria utilizzata in contesti di emergenza e urgenza può migliorare i collegamenti con i servizi ambulatoriali di salute mentale e l'accesso alle cure. Può inoltre ridurre i costi di trasporto, il ricovero ospedaliero e l'accesso al Pronto Soccorso, riducendo i costi ospedalieri complessivi. Inoltre, la telepsichiatria potrebbe anche migliorare l'assistenza all'interno delle carceri e delle case di cura.

Per quanto riguarda l'utilizzo della telepsichiatria nelle emergenze di salute pubblica come la pandemia da COVID-19, precedenti lavori (prima della pandemia COVID-19) hanno descritto strategie efficaci per l'uso della telemedicina in caso di catastrofi ed emergenze di salute pubblica (6). In alcuni paesi come l'Italia durante la pandemia COVID-19, sono state rapidamente rese disponibili disposizioni per la telepsichiatria in alcune aree, ma non in tutte (7). In questi contesti l'utilizzo della telemedicina può essere utilizzato per il controllo degli afflussi sanitari ad es. utilizzando il "*forward triage*" per suddividere i pazienti ancor prima che accedano in Pronto Soccorso o in ospedale. Ad esempio, i sintomi respiratori (come indicatore dei primi segni di COVID-19), così come la raccolta anamnestica relativa a viaggi o esposizioni, possono essere valutati mediante telemedicina. Infine, algoritmi di screening automatizzati possono essere integrati grazie alle informazioni epidemiologiche locali per standardizzare i modelli di *screening* e i percorsi di cura, così da poter essere impiegati durante situazioni di emergenza come quella dell'attuale pandemia (6).

Per quanto riguarda il trattamento, gli interventi di telepsichiatria hanno dimostrato utilità clinica in diverse modalità di trattamento psicoterapico, tra cui terapie di

gruppo, individuali e familiari. Dati positivi sono disponibili per le terapie che utilizzano trattamenti *evidence-based*, come *Cognitive Behavioural Therapy* (CBT), *Interpersonal Psychotherapy* (IPT), terapia d'esposizione, psicoterapia psicodinamica, *Dialectical Behaviour Therapy* (DBT) (8).

Gli interventi farmacologici *evidence-based*, invece, possono essere prescritti elettronicamente dopo aver completato le valutazioni appropriate tramite videoconsultazione (8; 9).

## RACCOMANDAZIONI E GESTIONE DELLE INFORMAZIONI IN TELEMEDICINA E TELEPSICHIATRIA

### Esistono linee guida italiane riguardanti la telepsichiatria?

Di seguito sono riassunte le principali linee guida nazionali.

#### *Epicentro – Istituto Superiore di Sanità (Rapporto ISS COVID-19 n. 12/2020)*(10)

- Le attività di teleconsulenza vanno fornite alle persone, ove possibile, prioritariamente attraverso le tecnologie digitali e di telecomunicazione moderne, che offrono le migliori opportunità operative rispetto all'uso delle tecnologie precedenti.
  - Ove la telemedicina non è ancora strutturata, vista la situazione di emergenza sanitaria, è necessario prima di tutto:
    - realizzare e rendere disponibili quelle soluzioni che siano attivabili rapidamente, in pochi giorni;
    - utilizzabili dalle persone a domicilio con le dotazioni tecnologiche a loro disponibili nell'immediato;
    - siano attivabili per periodi di tempo congrui alle necessità poste dalla situazione di emergenza.
  - Nel realizzare servizi a distanza occorre tenere presente le esigenze relazionali degli utenti con il sistema sanitario. In particolare, la tendenza a voler una risposta immediata ai propri bisogni, amplificata dalla possibile diffidenza secondaria alla distanza fisica del sanitario.
  - Al fine di ottimizzare le risorse, il rapporto individua tre situazioni-tipo di persone che possono necessitare di controlli sanitari a domicilio:
    - Persone non affette da patologie precedenti al momento in cui è stata necessaria la quarantena o l'isolamento, asintomatiche e che rientrano nella definizione di contatto stretto o di caso confermato.
    - Persone non affette da patologie precedenti al momento in cui è stato necessario l'isolamento, che presentino sintomi da lievi a moderati compatibili con infezione COVID-19 e che rientrano in una delle definizioni di caso sospetto, probabile o confermato.
    - Persone affette da patologie croniche, malattie rare e persone in condizioni di fragilità, oppure che richiedono trattamenti di lungo periodo o di particolare assistenza e/o supporto non ospedalieri, e che necessitano di mantenere la continuità dei servizi durante la quarantena.
- Per definizione gli individui con patologia psichiatrica rientrano in quest'ultima categoria.
- Per queste persone le esigenze principali che si possono soddisfare a distanza sono:
    - la verifica quotidiana della comparsa ed eventualmente dell'evoluzione dei sintomi legati a COVID-19;
    - la sorveglianza personalizzata delle condizioni cliniche di base, per tutto il periodo necessario;
    - l'erogazione di controlli specialistici attraverso videochiamate, eventualmente eseguendo in tal modo anche quelli programmati prima dell'inizio del periodo di isolamento.
  - La sorveglianza personalizzata del quadro clinico in queste persone e la scelta dei segni e sintomi da tenere sotto controllo può essere organizzata in schede digitalizzate precostituite, in modo idoneo a seconda delle

- patologie prese in carico e avendo cura di lasciare al medico sempre la possibilità di modificarle.
- Su richiesta è possibile effettuare un tele-supporto psicologico rispetto ai disagi e le limitazioni legate all'isolamento.
  - I principi di riferimento sui quali è consigliabile che i sanitari si soffermino, sono i seguenti:
    - condizioni preliminari per rendere possibili servizi in telemedicina;
    - responsabilità sanitaria durante attività in telemedicina;
    - schema degli elementi necessari per realizzare i servizi a domicilio;
    - funzionamento della videochiamata sanitaria;
    - passaggi iniziali di attivazione del servizio.
  - Schema generale (esempio) per l'esecuzione di un servizio di teleconsulenza:
    - il paziente viene raggiunto al telefono da personale incaricato e gli viene spiegato il servizio offerto e cosa deve fare per connettersi.
    - il paziente si connette scaricando un'apposita App di istruzioni, autoconfigurante, e procede all'attivazione del servizio seguendo la procedura indicata;
    - al termine della procedura di connessione e attivazione, si avvia una videochiamata iniziale con il primo punto di contatto che fornisce il feedback che la procedura è andata a buon fine, identifica la persona e comunica alla persona la data e l'ora del primo colloquio con il medico messo a disposizione per l'emergenza.
    - al primo colloquio con il medico, dopo l'identificazione avviene la valutazione delle necessità assistenziali della persona, da cui deriva la sua assegnazione al relativo percorso assistenziale. Vengono programmati sia colloqui che controlli con le cadenze necessarie durante il periodo di isolamento e in base alle risorse disponibili;
    - da quel momento il paziente può comunque ri-

chiedere quando vuole il servizio di videochiamata al medico di riferimento.

### *Istituto Superiore della Sanità (Telemedicina – Linee di indirizzo nazionali) (9)*

- Si consiglia la consultazione del presente documento in particolar modo per la valutazione di considerazioni di carattere organizzativo e legislativo.
- Si segnala qui solo l'importante aspetto del consenso informato, per il quale l'ISS sottolinea essere necessario portare a conoscenza il paziente in modo chiaro delle informazioni necessarie a permettere una scelta ponderata. Nel particolare caso delle prestazioni a distanza, occorre valutare la necessità o meno di ripetere il consenso per ogni prestazione, e l'opportunità di esplicitare specificamente i rischi che si corrono (quali, i rischi connessi alla mancanza del contatto fisico e dello sguardo clinico del medico, l'impossibilità di una visita completa e di un intervento immediato in caso di urgenza).

### **PRIMA DELLA VISITA**

#### **Cosa deve sapere il paziente prima di iniziare la visita? (2,11)**

- Assicurarsi che il paziente abbia accesso alla tecnologia di cui ha bisogno, incluso l'accesso a Internet, così come le competenze per usarlo – ad es. chiedere al paziente se ha già fatto videochiamate con i familiari, ordinato acquisti o prenotato vacanze online, o utilizzato internet banking
- Spiegare come funziona una visita di telepsichiatria.
- Considerare eventuali problemi di accessibilità (ad es. perdita dell'udito, difficoltà di movimento). Se possibile, scegliere la piattaforma che affronta queste difficoltà nel miglior modo possibile. L'uso delle cuffie potrebbe essere utile.
- Assicurarsi vi sia un familiare/terza persona che possa aiutare il paziente in caso di difficoltà tecniche.
- Considerare caso per caso, valutando le esigenze e i bisogni personali del paziente.

- Concordare un piano di riserva nel caso in cui il contatto non possa essere effettuato in prima istanza (ad esempio chi chiamerà chi, numero di telefono fisso o cellulare, ecc.).
- Ottenere i dettagli chiave per la gestione del rischio tra cui: numero di telefono o altri mezzi per contattare il paziente, il suo indirizzo di casa (per identificare i servizi locali o per inviare aiuto in caso di rischio imminente), contatti dei curanti o del medico di famiglia, altri contatti se pertinenti.

### **Come si deve preparare il clinico? (2;11;12)**

*Acquisire competenza con il sistema IT che si prevede di utilizzare:*

- Dovrebbe essere sempre disponibile una guida relativa alla piattaforma a disposizione nella propria organizzazione, attraverso il sito Web interno o il servizio di supporto tecnologico.
- Acquisire familiarità con la piattaforma di consultazione video a disposizione e assicurarsi di capire cosa fanno tutti i “pulsanti” o le opzioni.
- Provare l'uso della piattaforma e delle sue funzionalità con un collega.
- Prendere nota delle funzionalità che potrebbero essere utilizzate su un foglio di riepilogo facilmente consultabile nel caso in cui sia necessario farvi riferimento rapidamente.

*Preparazione del computer/dispositivo:*

- È possibile utilizzare qualsiasi dispositivo fisso o mobile purché abbia una fotocamera, un microfono, altoparlanti e una connessione Internet di alta qualità.
- È consigliabile riavviare il computer ogni giorno (o almeno ogni pochi giorni) affinché funzioni nel modo più efficiente possibile.
- Chiudere eventuali programmi e applicazioni non necessari. Questi tolgono le risorse necessarie per il corretto funzionamento del computer.
- “Modificare” ciò che è visibile sul computer, chiudendo

o riducendo a icona i programmi non necessari durante la sessione, soprattutto se si prevede di condividere lo schermo. Ciò aiuterà la navigazione durante la sessione e proteggerà la *privacy*.

- Preparare in anticipo le risorse che potrebbero essere utilizzate durante la sessione, ad es. funzioni di condivisione di documenti o di condivisione dello schermo. Caricare le risorse prima della sessione, idealmente in una cartella di facile accesso.
- Valutare la possibilità di disabilitare gli avvisi e-mail e altre notifiche per ridurre le distrazioni.
- Installare gli aggiornamenti consigliati da fonti affidabili, come Microsoft® e Apple®. Mantenere aggiornato il *software* contribuirà a garantire le prestazioni e la compatibilità del dispositivo.
- Individuare il controllo del volume sul dispositivo. Potrebbe essere necessario regolare il volume o disattivare/riattivare l'audio degli altoparlanti. Se possibile, utilizzare una connessione di rete cablata anziché Wi-Fi per garantire la migliore connessione possibile.

*Preparazione dell'ambiente:*

- Sedersi a una distanza comoda dalla telecamera in modo che il paziente possa vedere e sentire chiaramente.
- Sedersi in una posizione senza finestre o luci intense posteriori.
- Posizionare il dispositivo su un tavolo o una scrivania per stabilizzare la fotocamera e impedire che gli altoparlanti o il microfono vengano bloccati. Non tenere il dispositivo in mano durante la visita.
- Per ridurre al minimo il rumore di fondo, chiudere le porte e chiudere le finestre.
- Sistemare l'ambiente per creare uno spazio privato e confortevole che il paziente vedrà nello schermo.
- Controllare come sarà visualizzato il proprio abbigliamento sullo schermo (vestirsi in modo professionale; alcune fotocamere possono avere difficoltà con abiti a righe o fantasia che possono creare illusioni ottiche).

## DURANTE LA VISITA

### Come iniziare la visita?

All'inizio di una sessione con un paziente, verificare e documentare le informazioni essenziali, ad esempio utilizzando le istruzioni presenti in tabella 1, eventualmente utilizzabile come *checklist* da utilizzare durante le visite.

Tabella 1 – Checklist di domande da porre all'avvio della consultazione (13)

#### Checklist 1 – informazioni essenziali

##### Nome del clinico e del paziente

per esempio. "Buongiorno, sono il dott. AB. Sto parlando con la signora CD? C'è qualcun altro nella stanza di cui vuole che io sia a conoscenza?"

##### Posizione del paziente

per esempio. "Potrebbe dirmi dove si trova in questo momento? Per me è importante saperlo prima di ogni sessione"

##### Informazioni di contatto immediate per medico e paziente

per esempio. "Se veniamo interrotti per qualsiasi motivo, in quale altro modo posso contattarla? Se c'è un'emergenza, può contattarmi anche tramite [Ulteriori contatti]"

##### Aspettative sul contatto tra le sessioni

per esempio. "Pur mantenendo delle visite regolari, vorrei rivedere insieme come potremmo contattarci al di fuori degli appuntamenti [Inserire il piano di contatti, sottolineando che potrebbe non essere possibile rispondere in tempo reale]."

##### Piano di gestione delle emergenze tra le sessioni

per esempio. "Se dovesse verificarsi un'emergenza tra le visite, si ricordi che... [Inserire il piano]"

### Come ci si deve comportare durante la videochiamata? (2;11;14)

#### Comunicazione

- Cercare di consentire la maggior quantità possibile di comunicazioni non verbali. Includere testa, collo, parte superiore del corpo e braccia nello schermo video, incoraggiando il paziente a fare lo stesso.
- Rallentare la velocità del parlato per consentire una corretta comprensione in caso di problemi con con-

nessioni lente, facendo una pausa tra le frasi più lunga rispetto al normale.

- Utilizzare un linguaggio chiaro.
- Guardare la telecamera, non gli occhi del paziente. Ciò darà al paziente l'impressione di un contatto visivo diretto.
- Utilizzare, ad esempio, una funzione condivisa "lavagna bianca", per familiarizzare con la condivisione delle informazioni.
- L'illuminazione e lo sfondo sono importanti: può essere utile uno sfondo statico/ordinato, chiaro e scuro, con la luce direttamente sul viso, in particolare quando la connessione è di qualità inferiore.
- In caso di paziente non noto, dedicare più tempo all'introduzione e alla spiegazione di ciò che accadrà dopo.
- Regolare la propria posizione prima di iniziare la chiamata e utilizzare un sistema video che includa un'immagine di come si appare.
- Evitare di distogliere lo sguardo dalla fotocamera.
- Assicurarsi di lasciare molto tempo a un paziente per ascoltare le domande e le affermazioni.
- Assicurarsi di dare tutto il tempo necessario per la risposta di un paziente.
- Se si prendono appunti (elettronicamente o per iscritto) durante la sessione, questo sarà evidente sullo schermo. Dire al paziente che si sta prendendo appunti. Ricordarsi di riprendere il contatto visivo e l'ascolto attivo. Il rumore della tastiera può essere molto evidente quando si utilizza il microfono di un computer, quindi l'utilizzo di un microfono con auricolare separato potrebbe essere migliore. Le funzioni di condivisione dello schermo/lavagna possono essere utilizzate per prendere appunti insieme al paziente.
- Gestire il ritardo: solitamente ciò è dovuto alla mancanza di buona connessione internet. La velocità di caricamento è più lenta della velocità di download, quindi è più evidente agli altri partecipanti alla chiamata. Se si riceve notifiche sulla scarsa connettività, verificare con il paziente se la qualità va bene per loro.

Le opzioni includono: riduzione della qualità della videochiamata (o passaggio solo all'audio), chiusura di altri programmi che utilizzano Internet, passaggio a una connessione diversa, rallentamento del ritmo della conversazione per ridurre le conversazioni reciproche.

### *Imprevisti*

- Comprendere chiaramente cosa fare quando la consultazione non sta andando bene per motivi tecnici o clinici:
  - Avere un piano di *backup* per la gestione di eventuali difficoltà tecniche (ad es. Perdita di connessione) e fornirlo via *e-mail* al paziente prima della sessione o nei primi minuti della chiamata. Verificare di disporre del numero di telefono cellulare corretto per chiamarlo. Concordare chi contatterà chi in caso di perdita di connessione.
  - Informare il paziente che nel caso in cui non sia possibile completare una valutazione adeguata, sarà necessario discutere su quali passi intraprendere. Ciò includerà la revisione dei rischi di un contatto diretto nel contesto attuale e il ritardo nella cura che potrebbe derivarne.
  - Utilizzare una *flowchart* scritta con questi passi da tenere di fronte a sé potrebbe essere utile, soprattutto all'inizio.
  - Esercitarsi nel ripetere i possibili scenari da intraprendere assicurandosi che la descrizione sia chiara.
  - Accertarsi che la tecnologia (*laptop*, telefono) sia carica o collegata e avvisare, ove possibile, che il paziente faccia lo stesso. Se possibile, disporre di un dispositivo di *backup*.

### *Riservatezza*

- Se il paziente è non noto, verificare che sia la persona giusta e controllare che si aspetti un appuntamento per parlare della sua salute mentale.
- Controllare chi si trova nella stanza con il paziente (come un parente/accompagnatore/avvocato). Ogni

persona presente dovrebbe presentarsi e rimanere inquadrata dalla telecamera.

- Se il paziente si trova in un luogo pubblico, valutare se è opportuno continuare o riorganizzare.
- Evitare di inquadrare dettagli sensibili e personali anche nel proprio video. Bloccare la porta della stanza, se possibile, per evitare interruzioni. Alcune piattaforme hanno una funzione per sfocare lo sfondo.
- Avere un account professionale dedicato, se si utilizza la piattaforma video sia professionalmente che nel privato.

### *Consenso*

- Essere chiari con il paziente sulla limitazione della valutazione o della revisione e se si hanno dubbi.
- Assicurarsi di essere chiaro sulla sicurezza della piattaforma che si sta utilizzando, che sia adatta allo scopo e di essere in grado di discuterne con il paziente se necessario.
- Assicurarsi di discutere con il paziente della possibilità di registrare la sessione: l'uso di questa registrazione, assicurando che sarà solo per uso clinico/privato.

### **Come gestire la problematica relativa all'esame obiettivo?**

Sebbene l'esame fisico possa essere limitato, una quantità significativa di informazioni può essere ottenuta da remoto. Ad esempio, è possibile ottenere una buona rappresentazione di un esame neurologico comprendente:

- Riflesso pupillare, movimenti oculari, sensibilità del viso, movimenti del viso, udito, presenza di nistagmo, elevazione del palato, movimento delle spalle, movimenti della lingua, movimento degli arti (prono-supinazione degli arti superiori, stare in piedi su una gamba per gli arti inferiori), sensibilità, coordinazione, andatura.
- Alcuni aspetti possono anche richiedere l'aiuto di un familiare o un coinquilino.

## Come è possibile integrare la telemedicina con altri mezzi di comunicazione? (15)

È possibile integrare una vasta gamma di tecnologie, come piattaforme educative o terapie aggiuntive (ad es. siti Web di informazioni sulla salute), connettersi con altri attraverso *chat room* o *social media*, utilizzare App per la salute mentale, *e-mail* o altre tecnologie. Ciò deve avvenire tenendo conto i relativi problemi di sicurezza e *privacy*, prima di proporre al paziente il loro utilizzo.

In generale:

- Mettere da parte del tempo per valutare l'uso da parte dei pazienti di altre tecnologie.
- Chiedere loro cosa usano, quanto spesso lo usano e perché preferiscono determinati tipi. Pensare a un modo standard per selezionare queste informazioni con tutti i pazienti.
- Chiedere in che modo il loro uso della tecnologia in generale influenzi la loro vita o la loro comprensione del loro problema di salute.
- Valutare in che modo potrebbe influenzare la relazione terapeutica. Ad es. rendendo più facile conoscere un paziente adolescente o rivelare un lato di loro che non così evidente.
- Valutare la sicurezza. Ad es. un paziente sa parlare di persona invece che online dell'ideazione suicidaria.

Bisogna inoltre considerare i pro e i contro della raccolta di informazioni sui pazienti tramite motori di ricerca e *social media*, considerando il motivo per cui vengono utilizzati dal paziente. Inoltre, bisogna tener presente come la propria *privacy* e la propria immagine professionale può essere inficiata.

## Quali considerazioni fare in merito alla sicurezza e le situazioni di emergenza? (11;16;17)

- La gestione di un rischio clinico elevato segue gli stessi principi del lavoro di persona, con considerazioni aggiuntive per (a) il rischio di perdere il contatto con il paziente quando non è fisicamente presente, e (b) la possibilità che il paziente si trovi in un luogo distante

dove il medico potrebbe avere meno familiarità con i servizi.

- Assicurarsi che tutti i dettagli siano registrati per ogni paziente prima della consultazione, in caso di dubbi di rischio.
- Quando si valuta la sicurezza del paziente, valutare il livello di agitazione, il potenziale danno a sé o agli altri, nonché eventuali rischi per la sicurezza che potrebbero essere accessibili al paziente durante la sessione.
- Avere chiara la posizione del paziente, l'eventuale presenza di una terza persona che possa essere immediatamente disponibile in caso di crisi clinica, le eventuali procedure di emergenza, e modi per ottenere informazioni collaterali sul paziente.
- La tecnologia può essere utilizzata per manipolare l'immagine e la qualità dell'audio durante la sessione per consentire l'ispezione del paziente in cerca di segnali verbali/visivi di agitazione o altri possibili fattori relativi alla sicurezza del paziente.
- Considerare la necessità di un supporto durante una seduta o di un contatto di emergenza

Se si sospetta una violenza domestica avvertire subito il proprio responsabile di servizio per creare un piano d'azione urgente. Se la violenza domestica viene confermata durante la videochiamata potrebbe risultare utile seguire la *checklist* presente in *Tabella 2*.

## DOPO LA VISITA

### Quali dati bisogna annotare?

La documentazione clinica è importante quanto con qualsiasi altro incontro clinico. È inoltre importante documentare (18):

- L'ora, la data, il mezzo di comunicazione.
- La durata del colloquio e dell'eventuale esame fisico/testale.
- Il luogo e il personale presente.
- La storia clinica completa, l'esame di stato mentale, la diagnosi e il piano di cura come si farebbe dopo una visita diretta.

Tabella 2 – Checklist da applicare in caso di violenza domestica

### Checklist 2 – violenza domestica

1. Capire se la comunicazione con il paziente è efficace. Nel caso di stranieri, cercare di usare se necessario un interprete, eventualmente contattandolo in maniera separata (meglio di sesso femminile e non un familiare o un amico).
2. Chiedere conferma che il paziente sia da solo in casa e la sua posizione (indirizzo completo) prima di porre qualsiasi domanda. Se non si trova da solo, assicurare il paziente che lo si ricontatterà in un secondo momento, e comunque entro le 48 ore.
3. Concordare una parola o frase “di sicurezza” che il paziente può dire per indicare che non è più sicuro parlare e terminare la chiamata.
4. Chiedere con tatto riguardo le possibili violenze domestiche.
5. In particolare: spiegare il rispetto della privacy e delle informazioni che verranno fornite; spiegare il contesto e il perché si sta introducendo tale discorso; chiedere in modo chiaro e conciso sulle violenze; validare l’esperienza del soggetto e rassicurarlo sul fatto che si crede a quello che ha detto e che comunque l’abuso subito non è stata una sua colpa.
6. Raccogliere le informazioni seguenti:
  - a. Chiedere come poter sentirsi in modo sicuro la prossima volta.
  - b. È sicuro mandare messaggi o mail?
  - c. Capire quali sono le conseguenze che il paziente teme possano avvenire.
  - d. Controllare che abbia accesso a medicinali e prescrizioni.
  - e. Capire se altre figure (figli/familiari) possano essere in pericolo.
  - f. Capire se il soggetto è in pericolo e se è in grado di rimanere a casa, chiamando il 112 in caso di emergenza.
  - g. Capire quali sono le aspettative del paziente.
  - h. Indicare quali sono i negozi aperti durante il periodo d’emergenza (ove il paziente si può rifugiare in caso di pericolo).
7. Capire se è sicuro dare informazioni riguardo centri specialistici antiviolenza e consigliare al paziente di registrare il numero d’aiuto ad es. sotto falso nome.
8. Nel caso ci sia un immediato rischio di lesione per il paziente, ricordargli di chiamare la polizia o lasciare il domicilio per raggiungere un posto sicuro (ad es. il Pronto Soccorso, farmacia), nonostante la situazione di emergenza COVID-19.

### SITUAZIONI PARTICOLARI

#### Vi sono considerazioni culturali particolari?

La telepsichiatria è stata utilizzata con popolazioni e comunità di vari background culturali e può migliorare l’accesso e la qualità delle cure per gruppi di origini molto diverse. Per contesti interculturali, gli psichiatri dovrebbero (19):

- Essere informati sulle culture e gli ambienti in cui forniscono assistenza.
- Tenere presente che le differenze culturali possono essere evidenziate dal luogo in cui si trovano i pazienti e i fornitori dei servizi.
- Valutare e monitorare in che modo il *background* culturale di un paziente influenza il *comfort* e l’uso della tecnologia.

- Considerare il modo migliore per adattare il loro stile di comunicazione ai processi clinici.

#### Come gestire l’interazione con il paziente quando più di un curante è presente durante la chiamata?

Quando in una sessione sono coinvolti diversi membri del team, è importante incorporare ciascun membro nel processo (20):

- Ogni membro del team presente deve presentarsi con il proprio nome, titolo e ruolo.
- Assicurarsi che il paziente capisca la natura dell’incontro.
- Dopo aver intervistato ed esaminato il paziente, verificare con ciascun membro del team il proprio contributo.
- Chiarire l’impressione diagnostica e la fattibilità di un piano di trattamento con ciascun membro del team.

## PREPARAZIONE DEL CLINICO

### Come prepararsi prima di iniziare a fare telepsichiatria? (21)

L'esperienza precedente utile include, ma non si limita a: parlare in pubblico, recitazione, *coaching*, riunioni in videoconferenza ed esperienza con i media. Queste implicano abilità comunicative di base con adattamenti all'ambientazione, al pubblico e agli obiettivi dell'evento.

In generale risulta utile:

- Pratica e auto-osservazione (anche con l'uso della registrazione, previo consenso del paziente).
- Concentrarsi sull'ascolto centrato sul paziente, rispettoso, attivo, esprimere empatia, usando comportamenti non verbali (ad es. contatto visivo) e sostituendo il contatto fisico (ad es. strette di mano) con dichiarazioni di benvenuto.
- Nelle valutazioni di gruppo, ricordarsi delle presentazioni, coinvolgendo gli altri a partecipare e fornendo indicazioni o regole di base per garantire un'organizzazione della chiamata.
- Usare le stesse regole valide per il parlare in pubblico: preparazione di una scaletta, stile e contenuto della presentazione, metodi per coinvolgere il pubblico, informazioni scritte se utili.
- Pianificare in anticipo la sessione (ad es. obiettivi, note e riepilogo di quanto già detto) e il *setting* (ad es. persone coinvolte, allestimento della stanza, abbigliamento, stile di comportamento, audio, spostamenti limitati). Prendere in considerazione l'utilizzo di una *checklist* di apertura per valutazioni di nuovi pazienti.

## CONCLUSIONE

Lo scopo del presente documento è quello di riassumere quali sono le evidenze sull'utilizzo della telepsichiatria e fornire ai clinici delle raccomandazioni pragmatiche su come condurre una visita da remoto in modo tale da fornire un'assistenza adeguata ai pazienti anche nel contesto della presente pandemia (22).

## Ringraziamenti

Si ringrazia John Torous, direttore della Divisione di psichiatria digitale presso il Beth Israel Deaconess Medical Center e Clinical and Academic Psychiatrist presso la Harvard Medical School per il suo prezioso contributo e supervisione nella preparazione del documento in lingua originale.

---

### AFFERENZA DEGLI AUTORI

\* Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Milano, Milano, Italia;

\*\*CRC "Aldo Ravelli" for Neurotechnology and Experimental Brain Therapeutics, Università degli Studi di Milano, Milano, Italia;

° Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, Ospedale San Paolo, ASST Santi Paolo e Carlo, Milano, Italia;

^ Department of Psychiatry, University of Oxford, Oxford, UK;  
† Oxford Health NHS Foundation Trust, Warneford Hospital, Oxford, UK

□ Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASST Lodi;

▣ Struttura Salute Mentale, Dipendenze, Disabilità e Sanità Penitenziaria, Regione Lombardia

CORRISPONDENZA A: [armando.dagoštino@unimi.it](mailto:armando.dagoštino@unimi.it)

## BIBLIOGRAFIA

1. National Leadership and Innovation Agency for Healthcare. *Telemedicine/Telehealth*. 2020. <http://www.wales.nhs.uk/technologymls/english/faq1.html>
2. Royal college of Psychiatry, *Digital – Covid-19 guidance for clinicians*. 2020. <https://www.rcpsych.ac.uk/about-us/responding-to-covid-19/responding-to-covid-19-guidance-for-clinicians/digital-covid-19-guidance-for-clinicians>
3. American Psychiatry Association, *History of telepsychiatry*. 2020. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/telepsychiatry/toolkit/history-of-telepsychiatry>
4. American Psychiatry Association, *Clinical outcomes*. 2020. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/telepsychiatry/toolkit/clinical-outcomes>
5. American Psychiatry Association, *Return on investment*. 2020. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/telepsychiatry/toolkit/return-on-investment>
6. Hollander J.E., Carr B.G., *Virtually Perfect? Telemedicine for Covid-19*. N Engl J Med 2020; 382:1679-1681  
DOI:10.1056/NEJMp2003539.
7. De Girolamo G., Cerveri G., Clerici M., et al., *Mental Health in the Coronavirus Disease 2019 Emergency—The Italian Response*. JAMA Psychiatry. 2020;77(9):974–976.  
DOI:10.1001/jamapsychiatry.2020.1276.
8. American Psychiatry Association, *Clinical and Therapeutic Treatment Modalities*. 2020. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/telepsychiatry/toolkit/clinical-and-therapeutic-treatment-modalities>.
9. Ministero della Salute, *Telemedicina, Linee guida nazionali*. 2014. [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2129\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf)
10. Epicentro – Istituto Superiore di Sanità, *Rapporto ISS COVID-19 n. 12/2020*. 2020. <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/rapporto-covid-19-12-2020.pdf>
11. Mentalhealth online, *A practical guide to video mental health consultation*. 2020. <https://www.mentalhealthonline.org.au/Assets/A%20Practical%20Guide%20to%20Video%20Mental%20Health%20Consultation.pdf>
12. Massachussets General Hospital, *Center for Telehealth*. 2020. <https://www.massgeneral.org/telehealth>.
13. Digital Psychiatry. *Standard operating procedures and protocols for Telehealth*. 2020. [https://www.digitalpsych.org/uploads/1/2/9/7/129769697/session\\_start.pdf](https://www.digitalpsych.org/uploads/1/2/9/7/129769697/session_start.pdf).
14. American Psychiatry Association, *Visual and Non-Verbal Aspects in Telepsychiatry*. 2020. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/telepsychiatry/toolkit/visual-nonverbal-aspects>.
15. American Psychiatry Association, *Telepsychiatry & Integration of other Technologies*. 2020. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/telepsychiatry/toolkit/telepsychiatry-integration-with-other-technologies>
16. American Psychiatry Association, *Patient Safety and Emergency Management*. 2020. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/telepsychiatry/toolkit/patient-safety-and-emergency-management>
17. Ministero della Salute, *Violenza domestica, FIFA, Commissione europea e OMS lanciano la campagna #SafeHome*. 2020. [http://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=4818](http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=4818)
18. American Psychiatry Association, *Clinical documentation*. 2020. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/telepsychiatry/toolkit/clinical-documentation>
19. American Psychiatry Association, *Use of Telepsychiatry in Cross-Cultural Settings*. 2020. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/telepsychiatry/toolkit/use-of-telepsychiatry-in-cross-cultural-settings>
20. American Psychiatry Association, *Team based models of care*. 2020. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/telepsychiatry/toolkit/team-based-models-of-care>
21. American Psychiatry Association, *Learning To Do Telemental Health*. 2020. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/telepsychiatry/toolkit/learning-telemental-health>
22. Smith K., Ostinelli E., Cipriani A., *Covid-19 and mental health: a transformational opportunity to apply an evidence-based approach to clinical practice and research Evidence-Based Mental Health* 2020;23:45-46. <https://ebmh.bmj.com/content/23/2/45>

# Appunti per l'integrazione tra servizi psichiatrici e delle dipendenze alla luce dell'ADHD

G. Zita\*, G. Migliarese\*\*

## INTRODUZIONE

La necessità di integrazione tra i servizi per le dipendenze e i servizi territoriali psichiatrici è stata al centro della riorganizzazione effettuata con la legge Regionale n. 15 del 2016 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo". La tematica è estremamente complessa, ha radici profonde e continua a offrire ampio spazio a riflessioni sia in ambito clinico che organizzativo.

Si osserva infatti una sempre maggior "contaminazione" delle manifestazioni cliniche e quindi una necessaria condivisione delle conoscenze: il paziente con doppia diagnosi accede frequentemente sia ai servizi per le urgenze sia ai servizi territoriali (Buckley and Brown, 2006) e l'utilizzo delle nuove sostanze d'abuso riguarda una fascia rilevante della popolazione giovanile con diagnosi psichiatrica (Acciavatti et al., 2017).

L'integrazione è pertanto necessaria per offrire interventi organici in situazioni che spesso appaiono complesse e caratterizzate da uno svariato numero di manifestazioni cliniche oltre che, frequentemente, da alterazioni del comportamento e, non marginalmente, da problematiche di ordine legale: queste situazioni, per la loro natura complessa e sfaccettata, stimolano il terapeuta a cercare nuove soluzioni al fine aumentare l'efficacia delle cure.

Basandoci sulla trasformazione dei bisogni dell'utenza si reputa importante effettuare una breve riflessione sulle modalità di interazione tra specialisti e tra servizi partendo da una condizione clinica paradigmatica come quella del paziente con specifica comorbidità tra Disturbo dell'Attenzione con Iperattività (ADHD) e Disturbo da Uso di Sostanze (SUD). Il paziente che presenta

comorbidità tra ADHD e SUD stimola i professionisti a definire nuove modalità di lavoro per massimizzare le competenze specialistiche su entrambi gli ambiti, al fine di favorire il più possibile l'accesso ai servizi e aumentare l'efficacia del trattamento.

In questi anni, come clinici che lavorano in ambito territoriale, abbiamo potuto effettuare alcune riflessioni e confrontarci frequentemente sulle modalità di approccio e cura di queste complesse situazioni.

## ALCUNI DATI

Numerosi lavori scientifici evidenziano l'elevato tasso di comorbidità tra l'ADHD nel soggetto adulto e un problema di SUD. Il legame è biunivoco ed estremamente significativo: l'ADHD è riscontrato nel 23-30% dei soggetti adulti affetti da SUD mentre il 10% dei soggetti con ADHD soddisfa i criteri diagnostici per SUD (Deberdt et al., 2015).

Già individuare la compresenza delle due condizioni pone una iniziale sfida diagnostica: la raccolta anamnestica approfondita deve essere seguita da una diagnosi differenziale che sappia valutare se una sintomatologia ADHD-like non sia in realtà secondaria all'utilizzo di sostanze. L'uso prolungato di sostanze è stato infatti associato a tutta una serie di alterazioni delle funzioni esecutive che possono persistere anche dopo settimane di astinenza mimando gli aspetti core dell'ADHD (Gould, 2010)(Verdejo-Garcia et al., 2019).

L'associazione tra ADHD e uso di sostanze influenza il decorso delle due condizioni identificando un sottogruppo di pazienti a maggior gravità clinica, più difficili da gestire a livello relazionale e spesso caratterizzati da peggior prognosi. L'addiction tende infatti ad esacerbare i sintomi strutturali dell'ADHD (quali la tendenza alla disorganizzazione, l'impulsività, la disattenzione) che, a loro volta, rendono il paziente poco aderente ai percorsi di trattamento per le dipendenze, alimentando così un circolo vizioso (Juárez et al., 2018).

Nonostante l'elevata compresenza delle due condizioni e la loro rilevanza clinica il rischio di trattare esclusiva-

mente una delle due condizioni misconoscendo l'altra è elevato, in quanto vi sono ancora significative carenze sia a livello diagnostico sia nell'offerta degli interventi terapeutici. Tale aspetto problematico non riguarda esclusivamente l'ADHD e le dipendenze ma anche altre forme di comorbidità e suggerisce di effettuare alcune riflessioni sia relativamente alla fase diagnostica che a quella trattamentale.

## RIFLESSIONI SULL'INTEGRAZIONE IN AMBITO DIAGNOSTICO

In un'ottica di lavoro integrato reputiamo che vada globalmente promosso un percorso di valutazione delle comorbidità, implementando protocolli di intesa tra psichiatria e servizi per le dipendenze che agevolino l'invio, la condivisione e il monitoraggio dell'utenza.

Per questo nei Servizi Psichiatrici, in presenza di condizioni cliniche caratterizzata da elevata sovrapposizione epidemiologica con fenomeni di dipendenza (ad es. ADHD, dist. bipolare, dist. Borderline ecc), dovrebbe essere posta una attenzione specifica al riconoscimento e alla valutazione non solo delle dipendenze conclamate da sostanze ma al problema della *addiction* in generale, al fine di implementare la sensibilità nel riconoscere il fenomeno; questo aspetto, se non riconosciuto per tempo, è in grado di influenzare il trattamento e impattare in modo significativo sull'outcome.

Gli aspetti legati ad una eventuale dipendenza patologica andrebbero quindi approfonditi in ambito clinico prevedendo di includere nello spettro di ricerca domande relative all'abuso di cannabis, alcool, nuove sostanze d'abuso (NPS), sostanze meno note e sulle *addiction* comportamentali: in questo periodo storico in particolare è importante sondare anche l'eventuale presenza di un problema con il gioco d'azzardo, con l'uso delle nuove tecnologie o internet. L'iter diagnostico potrebbe essere favorito dall'utilizzo routinario di test specifici in situazioni cliniche in cui le dipendenze mostrano un rilevante peso epidemiologico.

Una valutazione approfondita del rischio di dipendenza andrebbe sempre compiuta su pazienti con una diagnosi

pregressa o attuale di ADHD in quanto la *misdiagnosi* di tale aspetto impatta significativamente il percorso di trattamento, aumentando i rischi associati al *misuso* di farmaci e peggiorando l'outcome. L'attenzione ai fenomeni di *addiction* è necessaria in questi pazienti soprattutto nel corso della raccolta anamnestica, aspetto centrale anche della valutazione diagnostica relativa all'ADHD, che potrebbe avvalersi di strumenti di semplice utilizzo, come ad esempio il questionario CRAFFT per i giovani che si è rivelato utile in molti contesti di cura (Knight et al., 2007).

Andrebbe facilitato l'invio per una valutazione più specifica presso un servizio per le dipendenze attraverso la costituzione di protocolli/procedure di intesa intra-aziendali. Tali protocolli velocizzerebbero alcune valutazioni anche in condizioni caratterizzate da fenomeni di uso di sostanze non ancora strutturati o di dipendenze comportamentali con solo parziale impatto sul funzionamento del soggetto, preminentemente in alcune fasce più a rischio della popolazione quali quelle giovanili.

Presso i Servizi per le Dipendenze reputiamo che dovrebbero essere promosse modalità routinarie di screening per individuare le patologie psichiatriche frequentemente comorbili, potenziando la fase di valutazione delle psicopatologie. Sarebbe idoneo individuare gli strumenti e i test che rilevano le condizioni epidemiologicamente più frequenti e che suggeriscono la necessità di un'attenzione clinica specifica (Rösler et al., 2006). Pensiamo che una procedura interna di screening che utilizzi strumenti specifici e una raccolta anamnestica orientata anche all'approfondimento del funzionamento precoce del soggetto, ovvero precedente rispetto all'inizio delle condotte d'abuso, sia estremamente utile. Nello screening per la valutazione di ADHD nei SerD suggeriamo di coinvolgere in primis fasce di pazienti ad "alto rischio" che possono includere gli adolescenti, gli utilizzatori di stimolanti, i soggetti che utilizzano sostanze al fine di rallentare il flusso dei pensieri e i portatori di problemi attentivi e impulsivi. Presso i servizi per le dipendenze, ad esempio, potrebbe

essere utile effettuare uno screening con la “Adult Self Report Scale” (ASRS) su tutti i pazienti che si presentano per un problema con sostanze stimolanti o THC. Ad un riscontro positivo andrebbe successivamente effettuato un colloquio clinico mirato e somministrata la “Wender-Utah Rating Scale” (WURS) per confermare il sospetto diagnostico: in caso di conferma il paziente necessita di un approfondimento diagnostico specifico. Questo iter, potrebbe rivelarsi un buon paradigma di riferimento ed essere valido in tutte le condizioni cliniche caratterizzate da elevata comorbidità con uso di sostanze o dipendenze comportamentali. Anche in questo caso è importante la costituzione di protocolli di intesa intra-aziendali che semplifichino e velocizzino lo scambio di informazioni tra i servizi coinvolti.

## **RIFLESSIONI SULL'INTEGRAZIONE IN AMBITO TERAPEUTICO**

Anche a livello trattamentale, alla luce dell'esperienza legata a pazienti con comorbidità ADHD-SUD, si possono ad oggi fare alcune riflessioni. Se infatti è già complesso valutare correttamente i problemi legati alle comorbidità, risulta ancora più difficile condividere realmente tra servizi con diverse modalità di approccio clinico un trattamento integrato efficace. Sugeriamo quindi che i DSMD favoriscano la stesura di procedure interne tra i servizi psichiatrici e delle dipendenze, al fine di individuare e condividere modalità di intervento standardizzate.

Reputiamo importante che il paziente con doppia diagnosi possa essere seguito dai servizi in maniera coordinata, garantendo interventi concomitanti che assumano priorità clinica in base alle condizioni evidenziate e al problema in quel momento prevalente, ma che non rimanga di esclusiva pertinenza di uno solo dei servizi. Nel caso dell'ADHD questo è estremamente rilevante. Come abbiamo scritto anche in precedenza è importante che il soggetto con SUD e ADHD sia preso in carico contemporaneamente dagli specialisti

(o dai servizi) che si occupano dei due disturbi, al fine di gestire in maniera ottimale e coordinata l'evoluzione della patologia. L'impegno dei curanti può essere modulato nel tempo in relazione all'andamento clinico delle due condizioni, così che in alcune fasi del trattamento possono risultare prevalenti le necessità di intervento connesse all'uso di sostanze mentre in altre fasi quelle mirate al funzionamento disorganizzato, disattentivo e impulsivo di base (Migliarese and Zita, 2020).

Una gestione realmente condivisa necessita di alcuni passi fondamentali: condivisione di informazioni, confronto clinico, accordi specifici sugli aspetti su cui concentrare gli interventi terapeutici, modalità di gestione delle varie fasi di malattia. È inoltre importante che vengano condivise le priorità, attribuendo nel tempo alle diverse equipe la titolarità degli interventi motivazionali, psicoeducativi e psicologici e trovando modalità idonee per la gestione delle terapie farmacologiche e il controllo dei comportamenti di addiction. Perché questo possa avvenire è necessario favorire nuove modalità di interazione tra specialisti: gruppi di lavoro interdisciplinari, gruppi multidisciplinari per la redazione di procedure in comune tra i servizi, formazione unitaria sulle più frequenti patologie comorbili, equipe per la condivisione dei casi, attività riabilitative condivise dovrebbero essere favorite e diventare parte dell'attività routinaria del DSMD.

## **RIFLESSIONI SULLA RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI**

Se l'integrazione diagnostica e terapeutica può essere favorita da “nuove modalità di interazione tra specialisti” è innegabile sottolineare che un ruolo fondamentale e irrinunciabile coinvolge la ridefinizione degli assetti organizzativi e gli investimenti su strumentazioni necessarie per favorire uno scambio semplice e immediato di informazioni. Si tratterebbe, ad esempio, di riuscire a uniformare le modalità di registrazione e valutazione della psichiatria e delle dipendenze, di fare riferimento a sistemi informatici che possano interfacciarsi tra di loro più agilmente e di poter

ottenere informazioni cliniche senza ricorrere esclusivamente a supporti cartacei, investendo, anche sulla scorta dello stato emergenziale correlato al COVID, su una reale e profonda informatizzazione dei servizi e delle cartelle cliniche.

Infine, relativamente agli aspetti organizzativi, è necessaria una breve riflessione sull'importanza di centri di secondo livello dedicati alle forme psicopatologiche che richiedono competenze super-specialistiche (ad es. l'ADHD, ma anche ambulatori per la diagnosi e il trattamento dei disturbi bipolari o centri per i gravi disturbi di personalità). Tali centri dovrebbero permettere di effettuare diagnosi puntuali e di impostare terapie specifiche oltre a fornire consulenze nel percorso di trattamento e si potrebbero porre come ulteriore vertice in un percorso di cura condiviso, interfacciandosi con servizi di primo livello. La mappatura di questi servizi dovrebbe essere disponibile sia ai servizi territoriali psichiatrici che a quelli delle dipendenze in modo che procedure di collaborazione possano essere predefinite prima dell'intervento clinico specifico sul singolo caso. L'avvio di procedure standardizzate di collaborazione in questo senso aiuterebbe a ridurre il rischio di dropout che risulta frequentemente elevato in pazienti con comorbidità tra psicopatologia e uso di sostanze, soprattutto tra i più giovani.

Crediamo che questi aspetti clinici e organizzativi, che nascono dal riconoscimento di un profondo cambiamento dell'utenza e delle richieste ai servizi, debbano essere attentamente considerati nella definizione degli obiettivi dei DSMD e anche, in un'ottica più allargata, nella stesura del nuovo piano regionale per la Salute Mentale di Regione Lombardia. Le esperienze derivate dalla gestione del paziente affetto da comorbidità *ADHD-Addiction* possono rappresentare un buon paradigma di riferimento e potrebbero essere una buona base di riflessione da cui partire.

---

#### AFFERENZA DEGLI AUTORI

\* *irigente medico, Responsabile UOS SerD-Canzio, ASST FBF-Sacco, Milano*

\*\* *dirigente medico, Responsabile UOC Psichiatria 59 Lomellina, ASST Pavia*

#### BIBLIOGRAFIA

1. Acciavatti, T., Lupi, M., Santacroce, R., Aguglia, A., Attademo, L., Bandini, L., Ciambone, P., Lisi, G., Migliarese, G., Pinna, F., et al. (2017). *Novel psychoactive substance consumption is more represented in bipolar disorder than in psychotic disorders: A multicenter-observational study*. *Hum. Psychopharmacol. Clin. Exp.* 32, e2578.
2. Buckley, P.F., and Brown, E.S. (2006). *Prevalence and consequences of dual diagnosis*. *J. Clin. Psychiatry* 67, e01.
3. Deberdt, W., Thome, J., Lebrec, J., Kraemer, S., Fregenal, I., Ramos-Quiroga, J.A., and Arif, M. (2015). *Prevalence of ADHD in nonpsychotic adult psychiatric care (ADPSYC): A multinational cross-sectional study in Europe*. *BMC Psychiatry* 15, 242.
4. Gould, T.J. (2010). *Addiction and cognition*. *Addict. Sci. Clin. Pract.* 5, 4-14.
5. Juárez, C., Molina-Jiménez, T., Morin, J.-P., Roldán-Roldán, G., and Zepeda, R. (2018). *Influence of Drugs on Cognitive Functions*.
6. Knight, J.R., Harris, S.K., Sherritt, L., Van Hook, S., Lawrence, N., Brooks, T., Carey, P., Kossack, R., and Kulig, J. (2007). *Prevalence of positive substance abuse screen results among adolescent primary care patients*. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 161, 1035-1041.
7. Migliarese, G., and Zita, G. (2020). *ADHD e Disturbo da Uso di Sostanze*. *Psichiatria Oggi Anno XXXII*.
8. Rösler, M., Retz, W., Thome, J., Schneider, M., Stieglitz, R.-D., and Falkai, P. (2006). *Psychopathological rating scales for diagnostic use in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)*. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 256 Suppl 1, i3-11.
9. Verdejo-Garcia, A., Garcia-Fernandez, G., and Dom, G. (2019). *Cognition and addiction*. *Dialogues Clin. Neurosci.* 21, 281-290.



# PSICHIATRIA FORENSE

## Quando si verifica il suicidio di un paziente in ospedale come si possono individuare i limiti della responsabilità, ai fini risarcitori, dei sanitari

*Avv. Renato Mantovani\**

**S**i è già avuto occasione di ricordare più volte che unitamente alle dovute e appropriate prestazioni sanitarie e di cura, al medico che prende in carico un paziente compete sempre uno specifico dovere di vigilanza sullo stesso.

Ovviamente la giurisprudenza ritiene che la dovuta attività di vigilanza dovrà essere ragionevolmente maggiore nel caso di pazienti per i quali si ha conoscenza di pregresse condotte a carattere autolesionistiche o che risulti abbiano manifestato intenti a carattere suicidario.

Però si deve con chiarezza affermare che affinché un tale dovere sorga, con le conseguenti responsabilità in caso di omissione, è necessario che il personale sanitario del reparto ove avviene il ricovero riceva preliminarmente informazione in merito ad un tale pericolo o, quantomeno, che una tale situazione sia in qualche modo di facile individuazione.

Appare con evidenza che non sia possibile individuare una responsabilità sia dei sanitari di reparto che della struttura ospedaliera per un evento che intrinsecamente non lo si possa ipotizzare come prevedibile.

Su tali presupposti si ritiene sia doveroso, soprattutto per un reparto dove si ricoverano soggetti psichiatrici,

che il personale venga portato a conoscenza di tutte le circostanze sopra richiamate con particolare attenzione alle pregresse manifestazioni di intenti suicidari.

Informazioni che in ogni caso il sanitario accettante deve, con apposita indagine non solo anamnestica, curarsi di andarle a cercare in autonomia nel caso non le riceva in modo esplicito mettendosi sempre nelle condizioni di conoscere eventuali progressi o attuali propositi suicidari o autolesionisti del paziente.

In base a quanto previsto dalla vigente normativa (Legge Gelli Bianco) nel caso che un paziente ricoverato in psichiatria si suicidi nel corso del ricovero in tema di responsabilità ai fini risarcitori, una volta riconosciuta l'esistenza del contratto di ospedalità, spetterà alla struttura ospedaliera dimostrare l'esatto adempimento tenuto dal personale, al fine di dimostrare che il fatto si sia verificato per causa non imputabile a nessuno in quanto gli operatori all'interno del reparto hanno posto in atto tutte le preventive cautele del caso.

Le Sezioni Unite della Corte di Cassazione Corte (con sentenza del 11 gennaio 2008 n. 577) hanno precisato che in tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, ai fini del riparto dell'onere probatorio l'attore,

paziente danneggiato, deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia o l'evento avverso quale può essere atto suicidiario o autolesivo, ed allegare l'inadempimento astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, rimanendo pertanto a carico del debitore (struttura sanitaria) dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante ai fini dell'evento avverso (nella specie la Suprema Corte ha cassato la sentenza di merito che - in relazione ad una domanda risarcitoria avanzata da un paziente nei confronti di una casa di cura privata per aver contratto l'epatite C asseritamente a causa di trasfusioni con sangue infetto praticate a seguito di un intervento chirurgico - aveva posto a carico del paziente l'onere di provare che al momento del ricovero egli non fosse già affetto da epatite)

Ne consegue che per la struttura sanitaria tali obblighi siano indifferibili, e che pertanto accanto alle dovute prestazioni sanitarie e di cura, rientrino anche quelle di costante vigilanza sui pazienti, che sarà maggiore nel caso di soggetti che risultino avere manifestato la volontà di mettere in atto condotte autolesionistiche o hanno manifestato intenti suicidari.

Per liberarsi da contestate responsabilità sarà la struttura che dovrà provare una corretta condotta del personale operante al suo interno dimostrando che nulla le si possa contestare.

Per il personale sanitario coinvolto, dipendente della struttura, vi è invece una meno impegnativa situazione al fine di provare una assenza di responsabilità, infatti per i sanitari si deve parlare di responsabilità extracontrattuale.

Ai fini della configurabilità della responsabilità del medico strutturato è infatti necessario che sia colui che la contesta per colpa a dimostrare che questi non abbia rispettato il dovere di diligenza che gli compete in relazione alla specifica attività esercitata.

Questa favorevole qualificazione tra responsabilità contrattuale della struttura e del medico che agisca in

autonomia quale libero professionista, ed extracontrattuale per il personale sanitario strutturato è stata infatti introdotta dalla Legge sulla Responsabilità Medica n. 24 dell'8 marzo 2017 meglio conosciuta come Legge Gelli.

---

AFFERENZA DELL'AUTORE

\* *Studio legale Avvocato Renato Mantovani*



**SIP-Lo**

Sezione Regionale Lombarda  
della Società Italiana di Psichiatria

# POSITION PAPER DELLA SIPLO SULLE SFIDE DELLA PSICHIATRIA NEL NUOVO MILLENNIO



INSERTO DI

**PSICHIATRIA OGGI**

Anno XXXIII, n.2 Luglio-Dicembre

# PROPOSTE PER UNA RIORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ TERRITORIALE IN SALUTE MENTALE IN LOMBARDIA

## Gruppo di lavoro:

Ballantini Mario,  
 Belloni Giancarlo,  
 Beraldo Scilla,  
 Cerasoli Gianna,  
 D'Agostino Armando,  
 Ferrario Tiziana,  
 Martini Simonetta,  
 Migliarese Giovanni,  
 Morganti Carla,  
 Novel Laura,  
 Patrucco Marco,  
 Porcellana Matteo,  
 Risaro Paolo,  
 Tisi Giuseppe,  
 Toscano Marco Otto Maria.

## Coordinatore

Dr. Mario Ballantini  
 (Sondrio – [mario.ballantini@asst-val.it](mailto:mario.ballantini@asst-val.it))

## PREMESSA

I servizi territoriali per la salute mentale in Lombardia sono nati agli inizi degli anni 80 con una mission prevalentemente legata al superamento dell'Ospedale Psichiatrico. Negli ultimi decenni questi compiti si sono ampliati e articolati e la realtà con cui si confrontano i servizi è oggi profondamente mutata, sia dal punto di vista normativo (vedi ad es. la L.R. 15/2016), che da quello dell'utenza, riconfigurata ponendo in primo piano condizioni che erano in vario grado "marginali" rispetto al "classico" lungo-assistito psicotico (ad es. Migranti, Autori di reato,

Disturbi emotivi comuni, DCA, Doppie diagnosi, d. di personalità, d. perinatali, una rinnovata consapevolezza sugli esordi ed altro ancora).

Nel corso degli ultimi decenni e, in particolare, successivamente all'approvazione del Piano Regionale per la Salute Mentale nel 2004 (PRSM 2004), i Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze si sono impegnati in una significativa revisione dei percorsi clinici sia in ambito territoriale che residenziale, oltre che nell'attivazione di Progetti Innovativi che hanno dato risultati significativi quando sono stati realmente sostenuti da finanziamenti aggiuntivi e che hanno invece mostrato criticità e rallentamenti di fronte all'impoverimento delle risorse di personale e ad organici dei servizi territoriali non compatibili con il continuo crescere dei bisogni di salute mentale nella popolazione.

I dati attuali disponibili riguardo all'attività dei DSMD sembrano indicare una "bassa" progettualità nei percorsi assistenziali. Tale situazione, riconducibile a un'insufficiente differenziazione della domanda, genera il pericolo di un utilizzo delle risorse non appropriato alla complessità dei bisogni presentati dagli utenti. In molte realtà territoriali e regionali, l'incremento di richieste di intervento ai servizi psichiatrici per i disturbi emotivi comuni pone l'esigenza di definire progetti di collaborazione con la medicina generale, così come vi è sempre un maggiore sviluppo di progetti specifici di intervento su tematiche quali la prevenzione e il riconoscimento precoce dei disturbi mentali nei giovani, i disturbi del comportamento alimentare, la depressione post-partum, la depressione nell'anziano ed altre aree di bisogno specialistico.

Il PRSM (2004) ha identificato tre percorsi territoriali per riorganizzare l'attività dei Centri Psicosociali:

- i. la consulenza: una modalità di lavoro strutturata tra DSM e medicina generale per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche;

- ii. l'assunzione in cura: percorso terapeutico per gli utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non necessitano di interventi complessi e multi-professionali;
- iii. la presa in carico: percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni "complessi". Nel percorso clinico della "presa in carico", è prevista la definizione di un Piano di Trattamento Individuale (PTI) per il singolo utente e l'istituzione della figura del "case manager". A fronte dello sforzo realizzato dai servizi territoriali per ripensare la propria organizzazione e far fronte all'ampliamento delle competenze assegnate, le equipe multi-professionali non sono state coerentemente rinforzate e i medici specialisti sono sempre meno numerosi: questa carenza, anche nella migliore delle ipotesi, sarà prevedibilmente di medio-lungo periodo.

Si impone pertanto un ulteriore ripensamento organizzativo delle risorse in campo seguendo la traiettoria avviata con il PRSM del 2004 e tenendo conto delle esperienze positive realizzate sul fronte dell'innovazione e della risposta ai nuovi bisogni emergenti. Il nuovo scenario dovrà pertanto considerare alcuni elementi fondamentali:

- l'ottimizzazione e la valorizzazione del grande patrimonio culturale degli operatori dei servizi;
- l'appropriatezza, cioè la tensione a dare ciò che si può ed è necessario sulla base dei bisogni di ciascuno e del "valore aggiunto" della prestazione.
- la messa a sistema delle esperienze realizzate negli ultimi anni sul fronte dei Progetti Innovativi per la salute mentale

La riorganizzazione proposta in questo documento rappresenta una naturale evoluzione delle linee programmatiche del PRSM del 2004 ed appare coerente con le direttrici di lavoro definite dal Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 24 gennaio 2013 che prevede "risposte flessibili in risposta ai diversi bisogni di

cura" e "aree omogenee di intervento". Inoltre, tutte le proposte che seguono si fondano su un bisogno evidente e irrinunciabile di una profonda integrazione con la Medicina Generale, i Servizi per le Dipendenze (SerD) e la Neuropsichiatria infantile. In ognuna delle aree, dovrebbe essere superata la concezione "protocollare" nella definizione dei rapporti tra i diversi attori e promosso il concetto della partnership e della condivisione di obiettivi.

L'Amministrazione regionale dovrebbe supportare questa evoluzione attraverso appositi provvedimenti da inserire nelle Regole di Sistema.

### AREE DI CRITICITÀ ATTUALE

La principale area di criticità da considerare è, senza dubbio, quella delle risorse e, in particolare, la carenza – che si va facendo drammatica – di specialisti psichiatri. Ogni progettualità, indirizzo e persino definizione normativa vengono in pratica vanificate davanti al fatto che i concorsi vanno, in molti casi, deserti o quasi.

Nei prossimi anni molti psichiatri andranno in pensione e, stante il ritmo con cui gli specialisti vengono formati nelle scuole di specializzazione, ci sarà una netta ridefinizione degli organici. Basti pensare che più della metà degli specialisti ha oltre 55 anni e che di qui al 2025 lo squilibrio tra neo specializzati e pensionati salirà – per la psichiatria – a 2.398 unità. Secondo i dati eurostat (ottobre 2017) gli psichiatri in Italia sono 10.500, in parte operanti fuori del SSN. A conti fatti il sistema pubblico della salute mentale in pochi anni perderà almeno un quarto degli psichiatri e, nelle zone periferiche, il fenomeno diventerà critico.

La carenza non si limita al personale medico, ma anche a quello psicologico e alle restanti professioni sanitarie del comparto (educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica, assistenti sociali ed infermieri), a causa dei sempre più stringenti vincoli di bilancio; in molti casi, la carenza riguarda anche le risorse "strutturali" dedicate alla psichiatria di comunità come le sedi dei CPS, dei CD, della residenzialità o, anche, i mezzi dedicati allo sposta-

mento degli operatori e alle attività con i pazienti, ecc.

L'altra area che risente di una certa criticità è relativa al cambiamento della tipologia di domanda che proviene ai CPS: la variazione della domanda si articola su tre fondamentali direttrici, tra loro correlate.

La principale è quella di un cambiamento reale delle problematiche di salute mentale: si pensi all'impatto del sempre più precoce uso di sostanze sull'evoluzione psicopatologica, all'incremento della diagnosi di disturbi della personalità e ai quadri misti con cui giovani e adolescenti si presentano ai servizi facendo saltare le distinzioni anche per età.

La seconda consiste in una diversa sensibilità sociale e culturale nei confronti del disagio psichico che ha portato all'emergere di problemi prima non così evidenti (si pensi ai c.d. Disturbi emotivi comuni che hanno una rilevanza sempre maggiore; oppure all'attenzione nei confronti degli esordi psicopatologici, dei disturbi perinatali ecc.).

L'ultima direttrice è il cambiamento normativo, che forse non è la più rilevante ma è quella che fa esplodere la contraddizione tra compiti e risorse. Per comprenderlo ci si può limitare a leggere integralmente la L.R. 15/2016 che definisce compiti e ruoli della salute mentale. I compiti vengono "allargati" in maniera esplicita fino a ricomprendere autismo, disabilità psichica e gli effetti di esclusione sociale di tutte le patologie (psichiche e non); compiti da affrontare con "modelli sociosanitari integrati, comunitari, multidisciplinari e proattivi, nel contesto delle reti sociali e familiari", non certo con semplici "prestazioni ambulatoriali". Va certamente considerato che è una legge "di indirizzo" che non riguarda l'attività "territoriale" in senso stretto; ma, alla fine, rischia di impattare necessariamente sulle richieste che verranno poste ai CPS nei prossimi anni e che restano il "fulcro" di ogni attività di salute mentale di comunità. Risulta quindi più che mai aperta la domanda: come è possibile realizzare tutto ciò senza "la presenza di personale sufficiente, motivato e competente (che) è condizione necessaria per la realizzazione di interventi di qualità"?

(cit. da Starace F. *Psichiatria ko in mezza Italia*. Sanità 24 28/2/2017). Ulteriori conferme arrivano negli ultimi mesi dal significativo impatto della pandemia Covid-19 sulla salute mentale della popolazione e dal recente appello dell'OMS relativo al potenziamento dei servizi di salute mentale.

In ogni caso va constatato che il mutamento della domanda porta il CPS ad affrontare la condizione di pazienti con bisogni altamente specifici, mettendo in crisi un modello "generalista" di CPS che si occupa di una area di territorio definita e non può avere al suo interno, se non in casi eccezionali, le competenze necessarie per affrontare una domanda così differenziata. Una paziente anoressica, un paziente bipolare e uno con disturbo dello spettro autistico, dello spettro schizofrenico ecc. richiedono percorsi altamente differenziati. Per favorire l'accessibilità a servizi che offrono percorsi più differenziati e specialistici sarebbe cruciale oggi elaborare un pensiero che contribuisca a formulare una nuova immagine, aperta e senza stigma, di servizio territoriale per la salute mentale della comunità.

## PRINCIPI E MODELLI DI RIFERIMENTO

Nel novembre 2018, il DSMD di Lecco (Lora e collaboratori) ha organizzato un convegno dal titolo "Il CPS 2.0.: verso una nuova organizzazione dell'attività territoriale". In diverse occasioni successive, la proposta partita da Lecco è stata approfondita e arricchita di ulteriori considerazioni nell'ambito di un proficuo dibattito scientifico. Le linee organizzative illustrate al convegno di Lecco sono riprese ed articolate in questo documento. Le proposte si basano su alcuni principi:

1. Il definitivo passaggio da un modello medico ad un altro centrato sul paziente e sulla valutazione dei suoi bisogni, che coinvolge tutta l'équipe curante e valorizza la funzione del case manager. Almeno per una coorte di pazienti con determinate caratteristiche di gravità clinica e di complessità dei bisogni, secondo questo modello, i programmi non vengono più formulati

- esclusivamente dallo psichiatra, bensì dalle differenti figure professionali dell'equipe multiprofessionale coordinata dal case manager. Lo psichiatra ha una prevalente funzione di "consulente" clinico. Per l'implementazione del modello, è necessaria una valorizzazione del lavoro d'equipe riconoscendo capacità decisionale ed autonomia alle professioni sanitarie non mediche e favorendo il task shifting di attività con contenuto clinico a infermieri, educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, assistenti sociali.
2. Il superamento del modello "generalista" del CPS. All'origine, i CPS rispondevano ad una domanda di salute abbastanza omogenea, identificata perlopiù con la lungo-assistenza di pazienti psicotici con scarso funzionamento. Come descritto in precedenza, oggi la domanda è configurata in modo molto vario e complesso e le risposte e i percorsi richiesti sono sempre più differenziati. In taluni contesti il superamento di questo modello è stato supportato grazie ai Progetti Innovativi che hanno stimolato il costituirsi di linee di servizio altamente specifiche e di esperienze di équipe integrate (ove ad es. una funzione essenziale è svolta da operatori psicologi, TERP, infermieri, assistenti sociali). Per citarne alcune: DCA, Interventi precoci sugli esordi, i disturbi perinatali, la psicopatologia dei migranti, accompagnamenti e inserimenti lavorativi, e molto altro ancora.
  3. Il ruolo sempre più importante svolto dall'empowerment sia di utenti che di familiari, e dalla collaborazione con le Associazioni di questi ultimi, al fine di creare una partnership in grado di favorire – in risposta ai loro bisogni – la creazione di programmi condivisi (ad esempio, gruppi autogestiti di discussione e di carattere psicoeducativo, gruppi di self help per utenti). Questo principio non risponde solo ad una concezione moderna ed efficace di "delivery" delle attività di salute mentale ma diventa un elemento che rende efficiente l'intero sistema. L'espressione "partnership" descrive molto bene il concetto di una necessità e convenienza

reciproca di una sempre maggiore integrazione.

4. Il mantenimento e l'ulteriore sviluppo dell'area dell'innovazione in salute mentale e la stabilizzazione, nell'ambito della revisione dei servizi territoriali, di aree di intervento strategiche dedicate a bisogni emergenti. Tra queste, l'area degli esordi-intervento precoce, l'area dei disturbi comuni ad alta incidenza e prevalenza (depressione minore, disturbi d'ansia), l'area dei disturbi psichici riconducibili al periodo perinatale; la prevenzione del suicidio; i disturbi della personalità e i disturbi del comportamento alimentare, i problemi della salute mentale degli immigrati. In questo ambito, particolare attenzione è da porre al tema dell'integrazione fra i servizi, necessaria per assicurare l'appropriatezza e la continuità delle cure. Ne deriva la particolare rilevanza della necessità di collaborazione tra psichiatria e neuropsichiatria infantile e la capacità di entrambe le discipline di sviluppare integrazione nell'ambito dell'area salute mentale – specie nell'area giovani e adolescenti – dove rientrano anche i servizi per le dipendenze, la psicologia clinica e i servizi per la disabilità. Lo sviluppo di un'area di innovazione in salute mentale rappresenta uno strumento chiave per sostenere l'attuazione dei modelli organizzativi e gestionali per il futuro della salute mentale

## PROPOSTE ORGANIZZATIVE E/O RACCOMANDAZIONI

Le criticità evidenziate devono essere affrontate in modo consapevole e deciso pena un rapido degrado dell'assistenza psichiatrica. A seguire alcune proposte organizzative e raccomandazioni che si pongono come suggerimenti al regolatore regionale per trasformare gli indirizzi generali in chiari vincoli organizzativi in grado di orientare l'evoluzione del sistema.

### Il problema delle risorse

Da tempo in ambito regionale si è riconosciuto che "i servizi psichiatrici territoriali devono essere rinforzati, garantendo la multi-professionalità delle équipe dei CPS

(psichiatri, psicologi, infermieri, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatori professionali) e un organico adeguato al mantenimento dei percorsi di cura con particolare riferimento alla presa in carico degli utenti gravi”.

Fino ad oggi però non esistono parametri, neanche orientativi per quanto riguarda il rapporto tra personale e popolazione servita. Esistono criteri di accreditamento per i CPS (ad es. l'apertura per 12 ore al giorno e al sabato mattina), oggi di difficile applicazione. Tali criteri risultano inadeguati a molte realtà territoriali, sia perché di dubbia utilità sia perché semplicemente impossibili da rispettare con la dotazione di risorse attuali.

Si **raccomanda** che gli orari in cui si articola l'apertura dei servizi sia demandata all'OCSM, in grado di leggere i bisogni di un dato territorio e di confrontarli con ciò che è concretamente disponibile.

Si **raccomanda** di definire con quale impianto di risorse si desidera strutturare la psichiatria di comunità: è indispensabile avere un criterio che guidi i piani assunzione delle diverse aziende.

Per l'assetto dell'assistenza nell'area della Salute Mentale appare urgente definire — a livello di accreditamento — il rapporto psichiatri e operatori di diversa professionalità su popolazione rispetto all'enunciazione di principi o vincoli di altro genere. A titolo esemplificativo sembra adeguato e ragionevole per un DSMD proporre e assegnare per 100.000 abitanti: 10 psichiatri, 5 psicologi e intorno a 50 operatori del comparto, dedicati alla psichiatria nelle sue diverse articolazioni (SPDC, CPS, SR). I numeri necessari devono essere definiti con i necessari approfondimenti locali e, soprattutto, possono essere modulati sulla base di parametri oggettivi (quali la dispersione territoriale, l'offerta di posti letto residenziali e ospedalieri ecc.). Di certo non si può avere i medesimi obiettivi e il medesimo standard se in un CPS si lavora con un medico ogni 10.000 abitanti

o 1 ogni 30.000 (e in diversi contesti ci si va avvicinando più al secondo valore che al primo). Occorre sottolineare che il CPS è un sistema funzionale, che non si identifica in un luogo o in una organizzazione rigida, ma è un insieme di attività, svolte dai diversi operatori del DSMD.

Si **raccomanda** di assumere ogni possibile iniziativa, compatibile con la normativa, per aumentare la disponibilità di personale medico psichiatra, utilizzando anche l'incremento di risorse per borse di studio per le scuole di specializzazione e il finanziamento di posti da parte delle ASST.

### I “POLI” O “AREE” DI INTERVENTO.

La disposizione organizzativa proposta su aree di intervento rappresenta una evoluzione dei “percorsi di cura” introdotti col precedente Piano Regionale di Salute Mentale e ne mantiene la prospettiva e il significato clinico. Questo assetto suddivide l'utenza del CPS secondo alcune caratteristiche sulla base del bisogno e, di conseguenza, delle risorse più appropriate necessarie a farvi fronte. Queste “aree” o “poli” funzionali richiedono modalità di intervento specifiche e omogenee, in modo da rendere efficaci ed efficienti i diversi percorsi di cura. Questo aspetto è il cardine di tutto il sistema.

I poli funzionali proposti sono quattro:

PDMG (Polo dei Disturbi Mentali Gravi)

PDEC (Polo dei Disturbi Emotivi Comuni)

PCM (Polo del Case Management)

PGNB (Polo Area Giovani e Nuovi bisogni)

È bene ribadire che i poli che si descrivono non rappresentano articolazioni strutturali del CPS, che mantiene integra la sua identità e unitarietà, quanto, come si è detto, una suddivisione dell'utenza in base ai bisogni e alle risorse (operatori e percorsi clinici) necessarie per farvi fronte. In questo senso questa disposizione organizzativa è complementare ai percorsi di cura previsti dal PRSM del 2004 e ne rappresenta un ulteriore sviluppo.

### PDMG (Polo dei Disturbi Mentali Gravi)

Questo polo si occupa di pazienti con patologie gravi, con scarso funzionamento, con insight limitato e instabilità nel tempo. Possono essere all'esordio o in una fase avanzata di malattia. Sono soggetti a cui è necessario cambiare frequentemente terapia e strategia di intervento. Spesso si riscontra una tumultuosità relazionale e problematiche legali. Sono pazienti "assunti in cura" o "presi in carico" e l'intervento deve essere multi-professionale e basato sulla équipe e sulla capacità di coinvolgimento della rete sociale.

È qui previsto l'intero spettro di interventi: trattamenti farmacologici, psicoterapici e psicosociali (sia individuali che di gruppo), approfondimenti psicodiagnostici, supporto alle famiglie, attività di inserimento lavorativo (quali, ad esempio, l'*Individual Placement and Support* — IPS), interventi domiciliari, collaborazione e collegamento con altre articolazioni del Dipartimento, dell'ASST e dell'Ente Locale, e tutela della salute fisica.

L'organizzazione di questo polo deve poter prevedere interventi intensivi ed una capacità di far fronte all'urgenza.

Questo polo è il lavoro "tradizionale" del CPS e, se da un lato richiede interventi di elevata complessità e integrazione, è quello più omogeneo all'attuale cultura dei servizi. La rendicontazione del lavoro viene attualmente effettuata secondo la modalità prevista dalla "circolare 46/san" sulle attività di psichiatria.

Le risposte ai bisogni di questi pazienti sono complesse e trasversali ai diversi livelli di assistenza (ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale, ospedaliera) e coinvolgono diversi attori della rete sociale. Per questi motivi è opportuno individuare un sistema di remunerazione che superi il limite dell'attuale sistema "a prestazione".

Si **raccomanda** di favorire l'integrazione dei diversi interventi e attori della rete promuovendo sistemi di remunerazione "a pacchetto" o a "budget di salute".

### PDEC (Polo dei disturbi emotivi comuni)

Il PDEC si occupa del trattamento dei disturbi emotivi comuni, di natura depressiva, somatoforme e ansiosa, patologie ad alta prevalenza che rappresentano una priorità per la salute pubblica. Il PDEC è caratterizzato da pattern di trattamento con minore intensità e continuità rispetto agli altri Poli, sul modello della consulenza e dell'assunzioni in cura limitata nel tempo. Le attività del PDEC sono: (1) accoglienza, valutazione della domanda, informazione ed orientamento; (2) gestione dei pazienti con disturbi mentali comuni secondo il modello della *stepped-care* in collaborazione con MMG o altri specialisti; (3) costruzione di una rete di relazioni con i professionisti del Distretto, comprendendo le attività di formazione dei MMG; (4) rapporti culturali, di progetto e di prevenzione con la cittadinanza.

Si **raccomanda** di indicare alle ATS strumenti economici e normativi dedicati alla contrattazione con la Medicina Generale per favorire la collaborazione strutturata con i CPS riguardo a questi disturbi.

La sede di lavoro e di coordinamento delle attività permane, tendenzialmente, il CPS ma, data la necessità di integrazione con le cure primarie e con le attività socio sanitarie del territorio, le attività del PDCE possono essere realizzate anche presso i PRESST, l'ospedale generale, i nuclei di cure primarie a seconda di ciò che suggeriscono le diverse organizzazioni territoriali.

In questo polo lavorano, insieme allo psichiatra e in collaborazione con il MMG, lo psicologo, l'infermiere e il tecnico della riabilitazione psichiatrica. Queste figure sono essenziali e plasmano la loro attività professionale secondo le esigenze specifiche di questi percorsi. In particolare, lo psicologo agirà secondo uno stile di consulenza psicologica o con cicli di intervento "brevi" e mirati. L'infermiere può incrementare il coinvolgimento col medico nella gestione del percorso,

attraverso le competenze sia tecniche (monitoraggio dell'evoluzione dei sintomi, degli effetti collaterali ecc.) sia relazionali (come operatore più prossimo al paziente, come interfaccia e collegamento col medico di medicina generale) come già accade per l'infermiere di comunità. Il tecnico della riabilitazione psichiatrica collabora nella gestione a breve-medio termine di patologie di natura ansiosa / depressiva attraverso interventi psicoeducativi (individuali /di gruppo) ed interventi di desensibilizzazione/esposizione graduale.

L'evoluzione rappresentata sarà supportata da specifici interventi formativi a seconda del bisogno rilevato.

Si **raccomanda** di prevedere percorsi formativi di qualificazione per il personale infermieristico che lavora in salute mentale riguardo alla gestione infermieristica dei Disturbi emotivi comuni e del supporto al paziente

### **Polo del Case Management (PCM)**

Da un punto di vista organizzativo e culturale è la novità più rilevante che si pone però in continuità evolutiva con il concetto e la pratica del Case Management avviata con il PRSM 2004 e sostenuta successivamente all'approvazione del Piano Regionale con numerose iniziative di formazione. Il Polo del Case Management (PCM) è dedicato a pazienti con disturbi mentali gravi con sintomatologia stabilizzata e prevalenti bisogni sociali, riabilitativi e assistenziali. La gestione di questi casi deve essere affidata a un team composto da infermieri, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione ed educatori professionali e dove necessario da operatori di supporto, che permetterà di offrire risposte personalizzate — sul territorio, nei luoghi di vita dei pazienti e al domicilio — ai bisogni degli utenti più fragili. Per questi pazienti è appropriato e necessario un minor livello di intensità clinica. La gestione dei casi con il modello del case management è un processo collaborativo di raccolta dati e informazioni, identificazione di bisogni, pianificazione, facilitazione,

coordinamento delle cure e di valutazione in itinere periodica dei progetti a supporto dei bisogni sanitari dell'individuo e della famiglia. Il case management è affidato a professionisti sanitari non medici nella gestione e nella progettazione del piano assistenziale/riabilitativo/educativo individuale, in collaborazione con il personale medico. Il case manager si occupa della presa in carico degli utenti per i quali vengono individuati progetti terapeutici riabilitativi personalizzati ed articolati, con il coinvolgimento della rete sociale territoriale e delle famiglie; segue, tendenzialmente, i principi della recovery, valorizza la collaborazione tra operatori, paziente e familiari e persegue l'inclusione sociale, raggiunta attraverso l'integrazione con le altre attività del Polo e la collaborazione con l'auto mutuo aiuto, mediante la valorizzazione di potenzialità e caratteristiche individuali dei pazienti, Associazioni Familiari e risorse formali ed informali del territorio.

È importante mettere in evidenza che la realizzazione del processo di cura è demandato al team multi-professionale che viene così investito di proprie responsabilità. Lo psichiatra di riferimento del caso, in questo polo, svolge prioritariamente il ruolo di consulenza al team e interviene a richiesta sui singoli casi. Il professionista identificato coordina gli interventi sanitari riferiti al singolo utente e favorisce l'integrazione socio-assistenziale, in quanto la sua azione si svolge sia in ambito clinico sia in ambito sociale.

Si **raccomanda**, che vengano date indicazioni alle diverse ASST per prevedere delle funzioni organizzative e dei percorsi formativi del personale di comparto delegato alla responsabilità del team di Case Management.

Si **raccomanda**, anche per questo polo, di favorire l'integrazione dei diversi interventi e attori della rete promuovendo sistemi di remunerazione "a pacchetto" o a "budget di salute".

## Linee specialistiche – Polo Area Giovani e Nuovi bisogni (PGNB)

La positiva esperienza dei Progetti Innovativi ha generato all'interno dei DSMD contesti di intervento specialistici (Giovani, ADHD, DCA, D. Perinatali ecc.). Queste linee è necessario siano salvaguardate e implementate nel normale quadro di offerta dei CPS, permettendo la stabilizzazione dei finanziamenti e delle figure professionali dedicate. La dimensione territoriale e la storia delle diverse realtà dovrà modellare questo tipo di offerta sulle singole esigenze.

La definizione del Polo Area Giovani e Nuovi bisogni (PGNB) andrà delineata in ciascuna realtà a seconda delle risorse e delle competenze disponibili, ma in ogni caso dovrà delinarsi come una realtà stabile. Andranno specificati i criteri di collaborazione con gli altri poli di attività attraverso strumenti definiti quali il triage all'ingresso, la permeabilità tra le diverse aree ecc. La profonda disomogeneità dei territori e delle organizzazioni interverranno sulla strutturazione del PGNB; in alcune aree molto estese potranno anche identificarsi con strutture fisiche (sedi) e con personale dedicate; in altre, il PGNB sarà espresso da contenuti all'interno della medesima organizzazione e il personale condiviso.

Si **raccomanda**, che vengano date indicazioni alle diverse ASST su requisiti che dovrebbero avere i luoghi destinati alle attività dei CPS e sulla loro manutenzione.

## CONCLUSIONI

L'avvio di questo processo di evoluzione dei CPS, che ha come finalità di promuovere l'appropriatezza e la risposta ai bisogni, razionalizzando le risorse disponibili, deve partire da:

1. una condivisione e motivazione di tutto il personale e una forte spinta verso la formazione e un orientamento a nuovi compiti di tutti ("task shifting");
2. una esplicitazione dei criteri clinici con cui vengono orientati i diversi pazienti nelle aree descritte compresa

- una analisi della domanda esistente (pazienti "in carico") e di come viene gestita l'offerta di servizio;
3. una ricerca di nuove alleanze con la medicina generale, le associazioni di pazienti e familiari e, in genere, i diversi "stakeholders": non è più possibile ritenere che la salute mentale possa essere "confinata" solo all'ambito specialistico;
4. Un'attenzione a che i poli descritti non rappresentino dei compartimenti con diversi "privilegi", riproponendo una logica discriminante verso i disturbi più gravi. Ogni situazione ha la sua dignità e trova il suo pieno riconoscimento nel concetto di appropriatezza dove ognuno riceve il suo, a nessuno è dato ciò che può ricevere meglio altrove e a nessuno è sottratto ciò che può ricevere solo al CPS. Dobbiamo salvaguardare tempi e spazi del nostro lavoro per chi non avrebbe risposte adeguate in altre sedi: questo è il maggior valore aggiunto di ciò che facciamo professionalmente.

# LE EQUIPE PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI MENTALI IN ETÀ GIOVANILE

*Gruppo di lavoro:*

*Rigliano Paolo (ASST Santi Paolo e Carlo),*

*Malvini Lara (ASST GOM Niguarda),*

*Prato Katia (ASST Rhodense),*

*Dragogna Filippo (ASST Fatebenefratelli Sacco)*

## PREMESSA

La letteratura scientifica mostra evidenze consolidate riguardo al fatto che l'individuazione precoce dei disturbi mentali in età giovanile e il trattamento tempestivo, specifico e integrato dei primi episodi possono favorire un miglior esito a lungo termine e prevenire le disabilità secondarie. Inoltre si riscontra una sempre maggiore attenzione nella capacità di rilevare e monitorare anche le "situazioni di rischio" precedenti all'insorgere di disturbi psichici. Particolarmente cruciale è l'attuazione di programmi specifici di intervento nel periodo che intercorre dalle prime manifestazioni cliniche all'instaurarsi della malattia, durante il quale si verifica il più decisivo cambiamento biopsicosociale ma in cui, anche, avviene la risposta più intensa al trattamento.

In contrasto con tale evidenze, i dati epidemiologici mostrano come, nonostante l'impegno degli ultimi anni nel campo della salute mentale, frequentemente la popolazione giovanile di età compresa tra i 15 e i 24 anni con problematiche di salute mentale giunga al trattamento alcuni anni dopo l'esordio del disturbo, quando i sintomi si sono stabilizzati e si è avuto un deterioramento della capacità di assolvere i ruoli sociali attesi. Lo stigma che grava sulla malattia mentale, la visione dei servizi di salute mentale come servizi dedicati unicamente a pazienti cronici, l'assenza nei servizi di programmi specifici per

la prevenzione e il trattamento precoce sono alcuni dei fattori limitanti l'accessibilità ai trattamenti che spiegano tale ritardo. La possibilità di accedere tempestivamente ad una valutazione è dunque l'elemento caratterizzante di ogni modello di intervento in questo ambito. La questione dell'accessibilità e dell'attrattività di servizi dedicati all'area giovanile appare quindi centrale.

In Lombardia, questi elementi di criticità legati all'organizzazione attuale delle strutture per la salute mentale sono ben rappresentati e hanno trovato un' iniziale risposta nei numerosi progetti regionali innovativi avviati negli anni scorsi sia nell'area della Psichiatria che della NPIA (programmi innovativi per la salute mentale e progetti NPIA). Pur nella carenza e talora anche dispersione di risorse dedicate all'adolescenza e alla popolazione giovanile, questi progetti hanno rappresentato, nella maggior parte delle realtà, un'occasione di collaborazione tra psichiatria, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, servizi per le dipendenze e psicologia clinica.

Il modello di prevenzione della patologia psichica grave orientato e focalizzato sul target della popolazione giovanile deve essere dedicato alla prevenzione universale nonché all'individuazione e al trattamento di ogni livello di disagio psichico. Sulla base delle esperienze in atto, appare evidente che azioni coordinate atte ad incrementare l'integrazione fra i vari servizi (UONPIA, CPS adulti, servizi delle dipendenze e psicologia clinica) hanno dimostrato di rendere più efficiente il raggiungimento degli scopi suddetti.

In alcuni territori, la realizzazione di una "**coalizione di comunità**" — con il coinvolgimento di diversi attori della rete territoriale — ha rafforzato la consapevolezza della necessità di azioni preventive ed ha potenziato la capacità di mettersi in relazione con le fragilità dei ragazzi. Il modello della "**coalizione di comunità**" prevede moda-

lità di collaborazione strutturata con Agenzie e soggetti esterni ai servizi di salute mentale e la loro attivazione autonoma su questi problemi. L'intercettazione dei casi a rischio prevede modalità di identificazione ancora più sensibili di quelle attuate per gli esordi perché, in buona parte, questi si collocano al di fuori dei servizi di salute mentale e spesso anche dei servizi sociali in via di attivazione. La mobilitazione della comunità a scopo di prevenzione dei disturbi mentali e la promozione della salute può essere declinata in diversi modelli di intervento sociale ed educativo coerenti con le realtà dei singoli territori, ma con una metodologia rigorosa e ampiamente documentata dalla letteratura scientifica.

Su queste premesse, negli ultimi anni e grazie al finanziamento dei progetti regionali, si sono progressivamente sviluppati differenti modelli di intervento in diverse aree di Regione Lombardia che – pur avendo la stessa mission – strutturano la loro azione con programmi diversificati. Allo stato attuale vi è un'ampia eterogeneità nella composizione dei modelli organizzativi applicati nelle diverse ASST: Centri specifici distaccati dedicati al paziente giovane, CPS con equipe dedicate, CPS con equipe integrate. Le singole esperienze di lavoro pur progredendo in autonomia hanno visto avvicinarsi delle criticità nella realizzazione degli interventi che possono essere riassunte in alcuni punti principali qui elencati.

## AREE DI CRITICITÀ ATTUALE

- **Minori (fascia 14-18 anni) e Transizione:** nell'area Milano città, UONPIA e UOP non rientrano in modo uniforme nello stesso Dipartimento; inoltre, per quanto riguarda la distribuzione territoriale, non c'è corrispondenza tra l'appartenenza alle ASST delle Unità Operative di Psichiatria e dei servizi di Neuropsichiatria Infantile (suddivisione territoriale in zone della psichiatria che non si sovrappone ai territori di competenza delle UONPIA). Nonostante l'esistenza di pratiche già attive orientate alla transizione tra i
- due Servizi, sono ancora molti i casi di arrivo alla Psichiatria dopo mesi o addirittura anni dalle dimissioni dal servizio per l'Infanzia e l'Adolescenza con difficoltà oggettive nell'ottenere notizie anamnestiche complete. Anche il linguaggio, soprattutto nella definizione diagnostica, è spesso diverso tra i due servizi così come la gestione della cura a partire dal coinvolgimento dei familiari.
- La **rete** — intesa in modo concentrico a partire dai servizi appartenenti allo stesso DSMD, ai servizi di cura extra-dipartimentali come consultori e servizi per le fragilità, ai servizi sociali del territorio e, infine, alle agenzie del territorio – non è uniformemente sviluppata e dipende chiaramente da peculiarità locali.
- Risulta necessario uniformare la presa in carico in concerto con i Servizi per le **fragilità** soprattutto nel caso di alcune specificità nosografiche come ADHD e autismo dell'adulto e disabilità intellettive, servizi non ovunque presenti.
- **Migranti e figli di migranti, adottivi** riferiscono, solo in alcune ASST, a servizi dedicati all'etnopsichiatria; ciò conferma l'esistenza di bisogni ancora aperti di formazione specifica – soprattutto dell'equipe multiprofessionale – per quanto riguarda modelli esplicativi di malattia, aderenza ai trattamenti e credenze culturali che riguardano aspetti biologici, sociali e familiari.
- Sono ancora almeno in parte da sviluppare percorsi di cura e protocolli specifici condivisi fra i servizi psichiatrici, la NPIA e i servizi delle **dipendenze**, con presa in carico congiunta e non mutuamente esclusiva.
- È emergente la necessità di strutturare programmi di cura specifici per la diagnosi e il trattamento dei disturbi di personalità, ambito in cui la definizione diagnostica ha in sé aspetti di criticità data la fascia d'età di interesse e il trattamento prevede una formazione ad hoc dell'equipe nel suo complesso e l'attivazione di protocolli *evidence-based* specifici.

## PRINCIPI E MODELLI DI RIFERIMENTO

Il modello di servizio di salute mentale per i giovani e gli adolescenti che si sta imponendo a livello internazionale mira ad individuare sempre più precocemente i giovani che potrebbero sviluppare un disturbo mentale. Esso si è dotato di strumenti clinici per individuare e classificare i cosiddetti “stati mentali a rischio” e di strumenti organizzativi per raggiungere, individuare e accogliere i giovani che iniziano a manifestare problemi con possibile evoluzione negativa; è inoltre caratterizzato dal superamento della separazione delle competenze tra le diverse discipline che svolgono attività di supporto nei giovani della fascia d’età dai 15 ai 24 anni (psichiatria, neuropsichiatria infantile, servizi per le dipendenze, psicologia clinica).

Le evidenze scientifiche che supportano le pratiche cliniche in questa fascia di pazienti, soprattutto per quanto riguarda gli “stati mentali a rischio”, lasciano ancora molti quesiti aperti. Le terapie farmacologiche, ad esempio, sono per ora una questione dibattuta. È riconosciuto invece come un intervento cognitivo-comportamentale, il trattamento assertivo di comunità (ACT), la psicoeducazione familiare, il supporto all’inserimento lavorativo, la cognitive remediation, l’addestramento alle competenze sociali ed un intervento psicosociale intensivo siano utili ed efficaci.

Ormai da anni sono stati sviluppati nel mondo diversi modelli integrati di intervento (ad esempio il modello integrato EPPIC in Australia e l’Opus in Danimarca). Anche negli Stati Uniti vi è un modello (EDIPP), ampiamente diffuso e caratterizzato da gruppi di psicoeducazione multifamiliare, ACT, supporto al lavoro e allo studio e trattamento farmacologico secondo un protocollo specifico.

Le Linee-guida e la letteratura di riferimento per la prevenzione, l’individuazione e il trattamento dei disturbi mentali gravi nella popolazione giovanile sono numerose; citiamo le seguenti:

- NICE 2014 “Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management” e “Implementing the Early Intervention in Psychosis Access and Waiting Time Standard: Guidance” 2016: raccomandazioni evidence-based redatte dal National Institute for Health and Care Excellence (UK);
- Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis 2016;
- Diverse pubblicazioni del gruppo di P. Fusar Poli sostengono il modello di lavoro secondo il modello OASIS (Outreach and Support in South London) di Londra;
- Sempre per quanto riguarda il tema, si rimanda anche alle trattazioni di P. McGorry, S. Yung e collaboratori;
- EPA Guidance 2015 presenta invece le raccomandazioni dell’European Psychiatric Association per quanto riguarda il precoce riconoscimento degli stati clinicamente ad alto rischio.
- Si possono citare, infine, le esperienze canadesi (CAMH) e olandesi (Van der Gaag)

## ESPERIENZE E MODELLI DI INTERVENTO IN REGIONE LOMBARDA

Nel corso degli ultimi anni, diverse realtà territoriali lombarde hanno visto progetti specifici e, in alcuni casi, strutture territoriali definite sono state riorganizzate e dedicate ad attività di prevenzione e trattamento rivolte alla popolazione giovanile con problemi di salute mentale. Dal punto di vista dei modelli operativi, le soluzioni realizzate possono essere così descritte:

### Centro Giovani

Nel Centro Giovani si accolgono tutti i giovani nella fascia di età 15-24 anni, anche in urgenza, tranne i bollini verdi e quando costoro sono dimessi dai reparti di Psichiatria o di NPIA (in particolare, dopo il primo ricovero). Il Centro Giovani vede la piena partecipazione alle attività di specialisti che provengono da ambiti disciplinari diversi (psichiatria, NPIA, dipendenze, psicologia clinica). Gli

utenti hanno accesso diretto o sono inviati dai servizi di competenza dopo i primi contatti per un programma di cura concordato con il servizio inviante. I professionisti che provengono da ambiti disciplinari diversi garantiscono strategie di assessment e di trattamento uniformi per l'intera fascia di età 15-24 anni.

### **CPS Giovani**

Il CPS Giovani è dedicato alla popolazione 17-24 anni dell'intero DSMD, dall'accoglimento anche in urgenza ("bollini verdi", post-ricoveri SPDC), all'*assessment*, al trattamento multidisciplinare secondo i consueti percorsi di cura dei CPS, alla gestione dell'acuzie, alla somministrazione di terapie, alle visite domiciliari ed agli interventi sul territorio.

All'interno del CPS giovani vengono attivate:

- **Equipe Dedicata:** può, a sua volta, essere formata da operatori strutturati del CPS ed operatori su progetto.
- **Equipe Integrata:** è formata dalla convergenza di operatori provenienti da vari servizi (di solito neuropsichiatria infantile, SerT e psichiatria adulti); tale equipe ha finalità di valutazione psicodiagnostica ed eventuale trattamento in proprio oppure con invio successivo a servizi "terzi" appropriati per il trattamento (in alternativa può essere strutturata anche presso la Neuropsichiatria Infantile o in altro spazio "più neutro").
- **Equipe "sul problema":** strutturata in base alla individuazione di una condizione sindromica (per es.: disturbo borderline di personalità) e che applica uno specifico modello di intervento.

### **PROPOSTE ORGANIZZATIVE E/O RACCOMANDAZIONI**

La Legge regionale 15/2016, che definisce le "norme per la tutela della salute mentale", pone tra gli obiettivi prioritari "la promozione di interventi di prevenzione primaria e secondaria, mediante il riconoscimento delle situazioni a rischio, la diagnosi precoce e il trattamento tempestivo, con indicazioni mirate per specifiche tipologie

di bisogno, quali le problematiche della fascia adolescenziale e giovanile, di età compresa tra i quattordici e i venticinque anni, per garantire la continuità della presa in carico nelle età di passaggio, nonché la previsione di spazi mirati e progetti di intervento appropriati e integrati fra ospedale e territorio".

Al fine di dare piena realizzazione a tale obiettivo è urgente definire modalità specifiche per l'istituzione di servizi dedicati alla popolazione giovanile con problematiche di salute mentale, includendo nella riorganizzazione dei servizi territoriali un Polo dedicato alla prevenzione e trattamento dei disturbi psichici in età giovanile. Le seguenti proposte / raccomandazioni appaiono necessarie al fine di consolidare e stabilizzare le iniziative già attive e costruire una prospettiva solida per il futuro dei servizi di salute mentale:

- Ogni ASST, in coerenza con le indicazioni della DGR 2672/2019, deve definire un proprio modello di intervento dedicato alla fascia giovanile di età 15-24 anni che permetta trattamenti tempestivi, identificando strutture dedicate, realizzando punti unici di accesso e favorendo le integrazioni multi-disciplinari
- Nell'ambito dei servizi territoriali per la salute mentale, vengono identificate Equipe multidisciplinari funzionali dedicate, documentando le azioni intraprese per migliorare l'accessibilità e l'attrattività dei servizi nella popolazione giovanile facilitando l'integrazione tra i servizi di psichiatria, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, dipendenze e psicologia clinica
- Ogni ASST attiva percorsi di formazione dedicati ai servizi dell'area salute mentale sulle strategie di intervento EBM aggiornate che seguano le attuali linee guida internazionali, a cui le singole realtà possano fare riferimento nell'organizzare il proprio modello, così da uniformare l'offerta sanitaria garantendo lo stesso pacchetto di interventi, preservando l'unicità della singola rete ed il modello nato su premesse locali

specifiche e esperienziali

- I servizi di salute mentale dedicati alla fascia adolescenziale e giovanile definiscono un protocollo di assessment e trattamento che includa strumenti validati e riconosciuti dalla letteratura scientifica per l'assessment e lo sviluppo sistematico di competenze terapeutiche specifiche, in modo particolare per il trattamento degli “stati mentali a rischio” (es. psicoterapia cognitivo-comportamentale) ed i disturbi di personalità (es. DBT per Disturbo Borderline di Personalità).
- I servizi di salute mentale dedicati alla fascia adolescenziale e giovanile prevedono azioni specifiche per facilitare l'accesso a gruppi in cui è stato riscontrato un aumentato rischio di disturbo mentale (es. migranti di prima e seconda generazione, familiari di persone affette da psicosi, soggetti con comportamento di abuso di cannabis, etc.)
- Ogni ASST sviluppa specifici programmi di prevenzione dedicati alla fascia giovanile, anche attivando progetti di “coalizione comunitaria” che usufruiscano del supporto della rete dei servizi dedicati alla salute mentale e costruiscano percorsi di alleanza e collaborazione con le risorse presenti nella comunità sul tema specifico della prevenzione dei disturbi mentali.

# IPOTESI DI EVOLUZIONE DEL SISTEMA RESIDENZIALE PSICHIATRICO LOMBARDO

*Gruppo di lavoro:*

*Giobbio Gian Marco (Centro Sant'Ambrogio Fatebenefratelli),*

*Viganò Caterina (ASST Fatebenefratelli - Sacco),*

*Valvassori Giovanna (ASST Ovest Milano),*

*Saffioti Carlo (Fondazione Emilia Bosis)*

## PREMESSA

La modifica al capitolo V della LR 33 del 2009 così come previsto dalla Legge regionale 15 del 2016 disegna una nuova psichiatria fortemente integrata in cui il paziente viene messo al centro di un percorso clinico multidimensionale. Allo stesso modo la riabilitazione deve migliorare l'integrazione tra gli interventi riabilitativi residenziali e gli altri servizi di salute mentale ponendo al centro del modello i bisogni del paziente.

Il sistema di salute mentale lombardo si è arricchito a partire dagli anni '90 di una rete di strutture residenziali, pubbliche e private, che ha permesso di completare l'offerta di strutture per la salute mentale, fino ad allora carente in questa area. Oggi complessivamente in Lombardia ci sono circa 5,25 posti letto per 10.000 abitanti.

Tuttavia, a oltre dieci anni dal precedente documento di riordino dell'area residenziale (DGR 4221/2007), sono presenti criticità che rendono necessario aggiornare il sistema per andare incontro a bisogni emergenti e a una evoluzione sostenibile dei servizi per la salute mentale.

## AREE DI CRITICITÀ DELL'ATTUALE ORGANIZZAZIONE RESIDENZIALE PSICHIATRICA

L'applicazione del modello di riqualificazione della residenzialità psichiatrica così come articolato nel Piano Regionale Salute Mentale e nella DGR 4221 del 2007, ha permesso di ripensare la classificazione delle strutture residenziali

definendo in modo preciso i criteri di accreditamento e le tariffe differenziate in base all'impegno riabilitativo assolto; ha inoltre introdotto il concetto della durata del progetto riabilitativo e della promozione di percorsi che consentano il passaggio dei pazienti più autonomi dalle strutture a più alta intensità riabilitativa alle strutture a più bassa intensità riabilitativa. Tali cambiamenti hanno determinato l'avvio di una nuova fase della riabilitazione psichiatrica. A distanza di oltre un decennio dalla sua realizzazione si è evidenziata la necessità di una revisione che garantendo la tenuta complessiva del sistema possa intervenire su alcune aree critiche emerse nel corso degli anni o indotte dall'emergere di nuovi bisogni. Gli elementi critici dimostrati dal sistema residenzialità psichiatrica nel corso di questi anni possono essere così riassunti:

Scarsa differenziazione dei programmi riabilitativi e dell'offerta specialistica legata in parte alla ridotta flessibilità dell'accreditamento in termini di figure professionali;

Sovraesposizione delle Comunità ad alta intensità assistenziale e ad alta e media intensità riabilitativa con effetto "collo di bottiglia" per l'approccio riabilitativo dei pazienti con minori bisogni assistenziali/riabilitativi;

Limiti temporali predefiniti con abbattimento tariffario al superamento degli stessi;

Mancanza di strutture socio sanitarie per l'accogliimento dei pazienti psichiatrici anziani o con gravi disabilità o con patologie organiche e compromissioni fisiche che li rendono incapaci di vita autonoma.

Alla luce dell'esperienza diretta dei dipartimenti di salute mentale e delle strutture residenziali psichiatriche del privato accreditato sono state identificate le seguenti aree di bisogni riabilitativi residenziali non adeguatamente supportate dall'attuale sistema:

1. **Percorsi riabilitativi residenziali differenziati per complessità clinica per pazienti affetti da disturbo di personalità, con doppia diagnosi, autori di reato, disturbi del comportamento alimentare, aree di confine quale disabilità intellettiva in comorbidità psichiatrica;**

2. **Gestione residenziale a lungo termine dei pazienti affetti da gravi disturbi mentali con ridotta autonomia ed alto bisogno di assistenza;**
3. **Comunità dedicate a pazienti psicogeriatrici;**
4. **Percorsi residenziali a breve/medio termine per pazienti in fase subacuta ricoverati in SPDC in attesa di percorso socio sanitario;**
5. **Percorso riabilitativo residenziale per pazienti affetti da disturbi psichiatrici nelle fasi di transizione tra minore e maggiore età.**
6. **Telemedicina in ambito psichiatrico a supporto delle SRP<sub>3.2</sub> e SRP<sub>3.3</sub>**

## MODELLI DI RIFERIMENTO

Si ritiene che nella riformulazione del sistema residenziale lombardo sia opportuno intervenire a più livelli, tenendo conto delle esigenze sia di appropriatezza che di contenimento della spesa:

- i. È necessario continuare nell'innovazione, introdotta dal PRSM del 2004 e dalla 4221/2007, riaffermando espressamente i criteri che hanno rivoluzionato la residenzialità psichiatrica, passata da strutture rigide, contenitori indistinti di cronicità (post o neo manicomiali), a strumenti flessibili e differenziati per programmi di cura, riabilitazione e assistenza, concepiti come non separati ma integrati con il percorso territoriale. L'innovazione deve tenere conto poi dei cambiamenti epidemiologici che la psichiatria e l'assetto organizzativo dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze hanno dovuto affrontare in questi ultimi anni. A questo riguardo appare indispensabile la definizione di percorsi residenziali dedicati ad utenti con bisogni specifici, quali i disturbi di personalità, i disturbi del comportamento alimentare, i pazienti con provvedimenti giudiziari, le doppie o triple diagnosi. Allo stesso tempo il sistema residenziale deve considerare bisogni emergenti e di forte criticità per il sistema, quali i pazienti in cui il disturbo psichiatrico è in comorbidità con la

disabilità intellettiva, la psicogeriatrica, le situazioni di post-acuzie per pazienti ricoverati in SPDC che non possono rientrare al domicilio per mancanza di adeguato supporto o che necessitano ancora di ambiente protetto a forte valenza clinica. In tal senso si ritiene indispensabile garantire nelle Comunità SRP<sub>1</sub> e SRP<sub>2</sub> una forte presenza del medico psichiatra per un tempo almeno pari a quella oggi prevista per la CRA e la CPA al fine di garantire un approccio specialistico agli interventi clinico riabilitativi scongiurando la deriva verso forme a prevalente componente assistenziale.

- ii. Riguardo alle tipologie di strutture SRP<sub>1</sub> e SRP<sub>2</sub> dovrebbe essere considerata prevalente la connotazione sanitaria, mantenendo le differenziazioni proposte. In questo ambito, occorre considerare analiticamente le proposte dei requisiti organizzativi riguardo alla dotazione di personale per l'accreditamento delle nuove SR. Di primaria importanza sono le osservazioni già espresse circa le proposte sulla dotazione di personale medico (mantenimento delle 8 ore per la SRP<sub>1</sub> e di 4 ore per la SRP<sub>2</sub>). Occorre invece rivalutare la presenza e l'organizzazione oraria relative al personale psicologico, infermieristico ed educativo o tecnico-riabilitativo nelle diverse SR. In questo senso si ritiene necessario garantire una maggiore flessibilità nella costruzione dell'organico dell'equipe curante, al fine di meglio adattare le figure professionali alla specificità del percorso di cura. Si ritiene opportuno venga stabilito uno standard gestionale medio a cui possono concorrere diverse figure professionali infermieristiche e psicosocioeducative, in grado di garantire una risposta flessibile ai bisogni di cura e riabilitazione del singolo paziente. Appare inoltre opportuno che gli standard organizzativi possano essere variati in modo proporzionale al numero di posti letto in modo da rendere sostenibile l'attività delle strutture con meno di 20 pl.
- iii. Nell'ambito dell'evoluzione del sistema della residenzialità psichiatrica destano particolare interesse

le Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi (SRP<sub>3</sub>) che dovranno rispondere alla necessità di assorbire la domanda assistenziale per tempi prolungati, come avviene per i programmi estensivi non più prorogabili e per le varie forme di residenzialità a bassa assistenza o leggera. Infatti un elemento critico nell'organizzazione attuale è dato dalla presenza di una rete di strutture residenziali per la salute mentale, appartenenti solo all'area sanitaria e dalla conseguente mancanza di strutture sociosanitarie dedicate. L'attuale rete di strutture psichiatriche sanitarie non risponde in modo appropriato ed efficiente ai crescenti bisogni assistenziali di alcuni pazienti anziani o con gravi disabilità o scarse autonomie che insorgono prima dell'età prevista per l'ingresso in RSA (65 anni). Dall'altro, le strutture a carattere sanitario hanno limiti temporali precisi, che determinano allo scadere del termine stabilito, lo spostamento del paziente in una altra struttura. Occorre tenere poi in considerazione che il downgrading dell'intensità dell'assistenza (da alta intensità a media e bassa) e la relativa riduzione tariffaria, rappresenta un elemento critico per gli erogatori. La presenza di strutture sociosanitarie senza limiti di durata della degenza permetterebbe di porre rimedio a questa criticità, favorendo l'inserimento a lungo termine dei pazienti con prevalenti bisogni socioassistenziali in strutture dedicate. La creazione di questa nuova rete di strutture, specifiche per i disturbi mentali gravi con alti bisogni assistenziali, favorirebbe la maggiore appropriatezza clinica e libererebbe posti residenziali per i nuovi bisogni riabilitativi. Elemento fortemente critico nella realizzazione dei programmi di cura nelle strutture SRP<sub>3</sub> è rappresentato dalla compartecipazione alla spesa da parte del paziente (il 60% della tariffa secondo i LEA attuali). Per individuare forme di parziale compensazione e di sostegno sociale idonee, in armonia con la LR 23/2015 e in analogia con altre Regioni, o con altre categorie di utenti, si

dovrebbe pensare a fondi o quote per l'integrazione sociosanitaria, anche derivanti da capitoli di bilancio differenti. I fondi "integrativi" di cui sopra potrebbero essere erogati attraverso progetti sperimentali, su base ISEE, da quantificare di anno in anno con la legge regionale di bilancio in ragione delle disponibilità. In particolare, occorre a livello regionale riconoscere anche per l'area salute mentale e per i pazienti affetti da disturbi psichici, in analogia a quanto avviene per altre categorie di utenti (es. anziani o disabili), l'opportunità di fruire di contributi sociali che garantiscano i diritti di cittadinanza e l'erogazione di fondi sociali specifici "perequativi" (specie in ordine all'abitare) nelle situazioni di indigenza che rendono necessari contributi sociali da garantire in accordo con gli Enti territoriali quali Comuni e ATS. Una linea di indirizzo, questa, che potrebbe realmente coniugare diritto all'assistenza, appropriatezza organizzativa, effettivo contenimento della spesa e condivisibilità da parte degli stakeholders, e su cui potrebbero convergere competenze di diversi assessorati. Infine da valutare la possibilità che, superati i limiti temporali e terminato il percorso riabilitativo, la permanenza del paziente nelle strutture residenziali possa prevedere, in presenza di programmi prevalentemente assistenziali, la compartecipazione alla spesa così come previsto dai LEA attuali.

- iv. Accanto alla revisione delle strutture residenziali si ritiene indispensabile avviare una riforma complessiva del sistema incentrata sull'attività territoriale, di cui l'avvio del budget di salute è un elemento importante.

In tal senso, oltre a intervenire sull'area della residenzialità, occorre nel contempo avviare la discussione su nuovi requisiti per i servizi di salute mentale che comprendano anche una revisione delle attività dei CPS. Infatti, oltre che con la semi residenzialità, il collegamento soprattutto con l'intervento territoriale ci sembra fondamentale e apre al grande tema, ormai maturo, dell'accreditamento delle attività dei CPS con i relativi requisiti strutturali e

organizzativi, indicando obiettivi di riforma e riqualificazione rispetto alla situazione attuale.

In questa prospettiva, nell'ambito di una revisione del sistema di salute mentale, vi sono tematiche emergenti che dovrebbero essere affrontate identificando modalità innovative di offerta, anche sulla base delle tante esperienze consolidate già in atto in diversi Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze: i) l'intervento dedicato alla fascia giovanile (15-24 anni); ii) la prevenzione, il riconoscimento e il trattamento dei disturbi psichici del periodo perinatale; iii) la diagnosi e i percorsi di consulenza per disturbi emotivi comuni; iv) il trattamento dei disturbi di personalità; v) la strutturazione di equipe dedicate a pazienti con problematiche giudiziarie; Auspicabile inoltre un percorso formativo ad hoc, che identificando alcune figure chiave dei servizi territoriali, strutturi un gruppo di lavoro dedicato a seguire i percorsi di dimissioni dalle strutture residenziali.

## PROPOSTE E IPOTESI PROGETTUALI

La rimodulazione dell'offerta residenziale dovrà avvenire secondo un intervento orientato all'integrazione tra servizi e strutture del pubblico e del privato accreditato e tra strutture sanitarie e socio sanitarie. L'offerta residenziale così articolata ha l'obiettivo di rispondere alle richieste territoriali supportando l'attività clinica di CPS e SPDC e ottimizzando l'appropriatezza del percorso riabilitativo. Di seguito vengono sintetizzati alcuni modelli operativi in grado di supportare la nuova residenzialità psichiatrica lombarda.

### 1. Percorsi riabilitativi residenziali per pazienti affetti da disturbo di personalità, con doppia diagnosi, autori di reato, disturbi del comportamento alimentare, aree di confine quale disabilità intellettiva in comorbidità psichiatrica (SRP1 e SRP2):

Il nuovo modello di residenzialità psichiatrica deve tener conto della mancata rispondenza di quello attuale alle mutate esigenze del sistema: da una parte si osservano cam-

biamenti epidemiologici nella psichiatria dei DSMD con la riduzione del numero di pazienti affetti da schizofrenia che necessitano di interventi residenziali vs l'emergere di bisogni riabilitativi nei pazienti con disturbo di personalità, disturbi del comportamento alimentare, dipendenze ecc; dall'altra dall'emergere in modo sempre più consistente di aree di fragilità escluse a priori dall'attuale modello riabilitativo residenziale e ricomprese invece in quello nuovo dipartimentale (area della doppia diagnosi, della neuropsichiatria infantile e della disabilità, della psicogeriatrics solo per citare alcuni esempi). L'articolazione dei nuovi servizi di residenzialità riabilitativa psichiatrica deve necessariamente tenere conto di queste modifiche clinico epidemiologiche attraverso una maggiore flessibilità. In particolare si ritiene necessario il superamento dei rigidi criteri della presenza di infermieri, oss, tecnici della riabilitazione e psicologi così come previsto dalla DGR 4221/07 a favore di mix differenziati di figure professionali che permetta di costruire programmi di cura e riabilitazione specialistiche. Si ritiene opportuno venga stabilito uno standard gestionale medio delle figure non mediche a cui possono concorrere diverse figure professionali (psicologi, infermieri educatori), in grado di garantire una risposta flessibile ai bisogni di cura e riabilitazione del singolo paziente come descritto nel PTR. Per quanto riguarda la presenza del medico psichiatra si ritiene invece necessario garantire la presenza così come attualmente prevista a garanzia dell'appropriatezza dell'intervento e per ragioni medico legali. Si rende inoltre necessario poter modulare con maggiore flessibilità gli standard organizzativi in modo da parametrarli in funzione del numero di posti letto al fine di rendere sostenibile l'attività delle strutture con meno di 20 pl. Una nota a margine meritano poi le strutture deputate al trattamento dei pazienti affetti da doppia diagnosi in particolare per quanto riguarda la conversione dei posti letto afferenti alle Comunità di doppia diagnosi (ex area dipendenza) ed il superamento del tetto massimo di 15 posti letto.

## **2. Gestione residenziale a lungo termine dei pazienti affetti da gravi disturbi mentali con ridotta autonomia ed alto bisogno di assistenza (SRP<sub>3.1</sub>)**

È rivolto a soggetti che necessitano di un ambito gestionale protetto a lungo termine in quanto non più in grado di vivere in modo autonomo: sono pazienti spesso privi di una rete sociale o familiare di sostegno, con bisogni riabilitativi modesti (mantenimento delle abilità residue e risocializzazione).

La risposta potrebbe arrivare dall'avvio di gruppi appartamento in grado di garantire un forte supporto alle autonomie personali con un basso livello di interventi riabilitativi, fortemente integrate nel tessuto sociale a costi più bassi delle attuali CP. Il progetto innovativo deve essere in grado di garantire un adeguato livello di supporto sulle 24 ore, utilizzando appartamenti situati in contesti abitativi, usufruendo dei servizi sanitari territoriali, delle reti sociali e del volontariato, in un'ottica integrata ospedale territorio. Tale progetto potrebbe partecipare alla sperimentazione sul budget di cura come parte della presa in carico complessiva della cronicità. I nuclei appartamenti ospiteranno pazienti clinicamente stabilizzati con prevalenti bisogni nell'area di supporto alle autonomie e della riabilitazione di mantenimento, piuttosto che in quella terapeutica specifica della patologia. Gli interventi riabilitativi erogati saranno a bassa intensità, come da Piano Individualizzato (PI) elaborato in funzione del PTI del paziente. Occorrerà poi prevedere revisioni frequenti dei Progetti Terapeutico – Riabilitativi dei pazienti inseriti nelle diverse articolazioni delle SRP<sub>3</sub> onde evitare il rischio di saturazione in breve tempo dei posti disponibili pur tenendo conto che tali servizi hanno comunque prevalente carattere estensivo nel tempo. Il funzionamento del supporto è permanente nell'arco delle ventiquattro ore e non prevede interruzioni nel corso dell'anno. La criticità maggiore nell'avvio di questi progetti è la compartecipazione alla spesa da parte del paziente così già come discusso precedentemente. A questo riguardo si allega (ALL. 1) l'ipotesi progettuale di

una struttura per interventi socio-riabilitativi estensivi ad alta assistenza SRP<sub>3.1</sub>, con requisiti gestionali

## **3. Comunità dedicate a pazienti afferenti all'area della psicogeriatría e integrazione sistema sanitario-sociosanitario, assistenza sul territorio.**

L'individuazione, il trattamento estensivo e più in generale la gestione dei disturbi mentali caratterizzati da ridotti bisogni riabilitativi e necessità clinico assistenziali importanti in soggetti di età avanzata o anziani con sintomi psichiatrici ancora floridi, rappresentano un problema rilevante per il Sistema Sanitario Regionale, come certificato dalle numerose richieste in rapida crescita. Sono pazienti divenuti ormai difficilmente gestibili al domicilio ove il disturbo psichiatrico e le patologie internistiche associate determinano un elevato grado di sofferenza anche per le famiglie e per i caregivers coinvolti, configurandosi come un vero e proprio problema sociale con elevatissimi costi – diretti ed indiretti – di assistenza. Nella realtà socio-sanitaria della Regione Lombardia, la rete delle strutture operanti nell'area della tutela della salute mentale dei soggetti di età avanzata e anziana o affetti da patologie psicorganiche è costituita da un complesso pubblico/privato rappresentato in modo assai disomogeneo nei diversi territori, in cui i percorsi clinico/assistenziali sono spesso rigidi e talora poco integrati. La risposta ai bisogni di questi pazienti necessita di differenti percorsi in relazione alla prevalenza del disturbo psichiatrico o delle comorbidità organiche.

Si ipotizza l'avvio di due percorsi:

### **Inserimento in posti letto specificatamente dedicati in RSA per soggetti anziani con comorbidità psichiatrica e sintomi residui (comunità psichiatrica in RSA)**

Nell'ottica dell'integrazione tra strutture sanitarie e socio sanitarie le Residenze Sanitarie Assistite appaiono le strutture più indicate. Tuttavia le stesse risultano spesso inaccessibili ai soggetti portatori di disturbi psichici o comportamentali, vuoi per l'inadeguatezza dell'assistenza offerta, vuoi per l'esclusione di queste patologie dai proto-

colli di intervento previsti dalle strutture stesse. Inoltre la compartecipazione alla spesa da parte del cittadino è un altro elemento fortemente critico trattandosi di soggetti in cui il percorso di cura e riabilitazione è stato sempre garantito in toto dal SSR ed il semplice superamento della soglia di età (65 anni) non risolve le difficoltà economiche e sociali di una fascia di utenza da sempre esclusa dal processo produttivo

Per superare queste problematiche si propone l'avvio di progetti sperimentali nelle RSA della Regione identificando posti letto specifici per pazienti anziani con comorbidità psichiatrica caratterizzata da sintomi ancora presenti e bisogni riabilitativi limitati. Il percorso clinico dovrà essere garantito dal PAI e prevedrà la consulenza del medico psichiatra presente almeno 5 ore la settimana. La retta dovrà essere a carico del SSR. Si otterrebbe così una maggiore appropriatezza del ricovero ed un risparmio complessivo di risorse visto la retta più bassa rispetto alle strutture residenziali riabilitative.

**Comunità protette (SRP.2) di 20 posti ciascuna, a bassa intensità riabilitativa per trattamenti estensivi per pazienti anziani (over 65 anni) con malattia psichiatrica di lunga durata, quadro clinico psicopatologico caratterizzato ancora da rilevanti sintomi floridi o deficitari, scarso funzionamento psicosociale, carenza di supporti familiari e sociali, necessità di supervisione costante nelle attività di base della vita quotidiana, comorbidità internistica.**

La difficoltà o l'impossibilità per questi pazienti di attivazione di percorsi alternativi (non disponibilità al loro accoglimento da parte delle RSA) o di rientro al domicilio determina la loro permanenza nelle Comunità Psichiatriche ad alta. Si propone l'avvio di progetti innovativi quali la creazione di Comunità protette SRP2 dedicate a pazienti con malattia psichiatrica di lunga durata, quadro clinico psicopatologico caratterizzato da rilevanti sintomi floridi o deficitari, scarso funzionamento psicosociale, carenza di supporti familiari e sociali, necessità di supervisione costante nelle attività

di base della vita quotidiana, comorbidità internistica. L'attenzione alla comorbidità favorirebbe un maggior filtro rispetto alle ospedalizzazioni con una riduzione dei tempi di permanenza in ospedale in caso di riacutizzazione della patologia internistica. Inoltre l'attivazione di interventi specifici volti alla prevenzione dei fenomeni di deterioramento cognitivo e funzionale favorirebbe il mantenimento delle autonomie e della qualità di vita. Le strutture metteranno a disposizione degli ospiti attività cliniche, riabilitative e risocializzanti, specificamente sviluppate per rispondere alle esigenze di questa peculiare tipologia di pazienti (gestione delle comorbidità, attento utilizzo dei trattamenti farmacologici, mantenimento delle autonomie residue, interventi diretti al rimedio del deficit cognitivo, interventi di riattivazione psicofisica ed emozionale, ecc). Il progetto si basa sulla presenza di minori risorse riabilitative e maggiori attenzioni alle patologie organiche e al disturbo psichiatrico, con una riduzione dei costi rispetto alle attuali CPA

#### **4. Percorsi residenziali a breve/medio termine per pazienti in fase subacuta ricoverati in SPDC in attesa di percorso socio sanitario**

Tra i pazienti ricoverati presso gli SPDC, un numero limitato presenta caratteristiche cliniche e sociali peculiari, caratterizzate principalmente dalla necessità di stabilizzazione e dalla mancanza di supporti familiari. A causa dell'impossibilità a reperire in tempi rapidi strutture idonee a carattere socio sanitario, gli stessi permangono a lungo in SPDC. Si tratta di pazienti per i quali non è possibile l'immediato rientro al domicilio terminata l'acuzie in SPDC e che non corrispondono alle caratteristiche previste per un ricovero in post-acuto presso le CRA. Tra questi vi sono soggetti anziani con decadimento cognitivo ed anomalie comportamentali che hanno reso necessario il ricovero temporaneo in SPDC in attesa della riformulazione di un progetto assistenziale, soggetti con disabilità che vadano incontro alla necessità di ricovero per anomalie comportamentali o difficoltà

di gestione in famiglia, in attesa di reperimento di una più idonea collocazione. In questi casi si renderebbe necessario il reperimento di un posto residenziale in grado di garantire le idonee cure e l'avvio di un assessment finalizzato all'individuazione del percorso assistenziale appropriato. Si ritiene pertanto necessario ipotizzare un percorso residenziale valutativo post ricovero da effettuarsi utilizzando un numero limitato di posti in SRP<sub>2</sub> per tempi definiti (max 3 mesi). L'obiettivo del ricovero è rappresentato dalla messa in atto di una procedura valutativa per la definizione del percorso post ricovero per i pazienti che necessitano di interventi a maggiore connotazione assistenziale.

#### **5. Percorso riabilitativo residenziale per pazienti affetti da disturbi psichiatrici nelle fasi di transizione tra minore e maggiore età (area innovativa: ampliamento offerta verso i soggetti minorenni)**

L'avvenuta integrazione all'interno del DSMD di tutte le aree che si occupano del disagio mentale nelle diverse fasi della vita, vuole superare la netta divisione tra servizi dell'adulto e del minore. Già oggi la realtà clinica vede l'utilizzo di posti letto dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura per il trattamento in fase acuta dei soggetti minorenni affetti da disturbi psichiatrici gravi. Al pari sarebbe auspicabile l'avvio di interventi riabilitativi residenziali per soggetti giovani (fascia di età 15 – 18 anni) finalizzata alla messa in atto di interventi ad hoc caratterizzati da forte specializzazione nell'ambito del trattamento degli esordi psicotici o degli interventi sui gravi disturbi di personalità o dei Disturbi del Comportamento Alimentare e a forte connotazione di integrazione con il territorio e con la rete sociale di supporto (famiglia, istruzione scolastica). Si prevede la creazione di moduli autonomi di residenzialità per max 10 individui in cui sia garantita la presenza del neuropsichiatra infantile oltre allo psichiatra e all'integrazione delle altre figure psico socio educative e psicologiche.

#### **6. Telemedicina in ambito psichiatrico a supporto delle SRP<sub>3.2</sub> e SRP<sub>3.3</sub>**

I crescenti interessi ed operatività in questo ambito sono fra i modelli di intervento di maggior interesse. L'applicazione della telemedicina in ambito psichiatrico, proprio per la natura di tale operatività e le caratteristiche dei bisogni degli utenti con disagio psichico, appare fra le più appropriate ed efficaci nelle diverse branche della medicina. L'ambito applicativo può declinarsi sia come sinergia nell'attività clinica/riabilitativa (colloqui e interventi riabilitativi condotti in remoto, con attenzione specifica alla popolazione giovanile), nonché come sorveglianza e monitoraggio delle attività quotidiane e delle situazioni critiche sempre in ambito domiciliare (si pensi all'estremo interesse per esempio nella progettualità della Residenzialità leggera o nella domiciliarità assistita, in particolare per la popolazione di passaggio verso la fragilità geriatrica).

Anche sulla base di quanto sopra, appare necessario e coerente, rispetto all'insieme delle criticità (e al futuro piano salute mentale), istituire un tavolo rappresentativo dei responsabili gestionali della salute mentale, pubblici e privati, cui attribuire una funzione privilegiata in ordine alla elaborazione di specifici provvedimenti e alla loro applicabilità, nonché di indicare le linee di sviluppo del sistema attraverso una revisione del Piano Regionale Salute Mentale.

**Ringraziamenti:** *Gli Autori ringraziano per il rilevante contributo svolto nel percorso di elaborazione e stesura del documento: Marinella Roncalli (Associazione Le Vele), Fabio Rancati (Centro Crest), Roberto Saita (Associazione Kosgroup), Annalisa Bonati (Centro Sacra Famiglia), Giorgio Giuntoli (Associazione Thesisgroup), Andrea Terzi (Associazione Le Vele), Massimo Buratti (Fondazione Li- ghea), Alessandro Colombo (Cooperativa Filo di Arianna)*

**ALLEGATO 1****Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale sulle 24 h giornaliere SRP 3.1****Premessa:**

I dati derivanti dall'analisi dei bisogni residenziali degli ospiti ricoverati nei Centri di Riabilitazione Psichiatrica lombardi unito alla valutazione delle richieste provenienti dal territorio, evidenziano la presenza di pazienti psichiatrici a rischio di esclusione dal percorso di cura: si tratta di soggetti che necessitano di gestione a lungo termine in quanto non più in grado di vivere in modo autonomo, spesso privi di una rete sociale o familiare di sostegno, con bisogni riabilitativi modesti (mantenimento delle abilità residue e risocializzazione).

A distanza di quasi 10 anni dal riordino della residenzialità psichiatrica (DGR4221/2007), a fronte della ormai consolidata rete riabilitativa residenziale della Regione Lombardia, appare più che mai utile il potenziamento di strutture in grado di farsi carico anche per periodi lunghi dei soggetti cronici con bisogni riabilitativi ridotti ma alti bisogni assistenziali: tali strutture dovrebbero garantire un forte supporto alle autonomie personali, un basso livello di interventi riabilitativi, essere fortemente integrate nel tessuto sociale ed avere costi più bassi delle attuali CP. L'elevato costo delle attuali strutture residenziali ad alta assistenza (CPA) e l'insufficiente livello assistenziale delle CPM e delle residenzialità leggere (che garantiscono l'assistenza solo per fasce orarie), rendono di fatto improponibili tali modelli residenziali per la gestione a lungo termine dei pazienti psichiatrici cronici a basso livello di autonomia.

Alla luce di queste considerazioni e tenuto conto delle nuove indicazioni pervenute dal livello nazionale così come contenute nelle DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIOSANITARIO PER L'ESERCIZIO 2019, si propone un progetto per la realizzazione di Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale sulle 24 h

giornaliere (SRP3.1) in grado di garantire un adeguato livello di supporto sulle 24 ore, utilizzando appartamenti situati in contesti abitativi, usufruendo delle reti sociali e del volontariato, in un ottica integrata ospedale territorio.

**Ipotesi accreditamento appartamenti ad alta intensità assistenziale – SRP 3.1**

I nuclei appartamenti ospiteranno pazienti clinicamente stabilizzati con prevalenti bisogni nell'area di supporto alle autonomie e della riabilitazione di mantenimento, piuttosto che in quella terapeutica specifica della patologia. Si tratta per lo più di soggetti con sintomi residui di modesta gravità, prevalentemente negativi, che richiedono un livello assistenziale sulle 24 ore, privi di rete di sostegno familiare o con problemi in ambito familiare e sociale, che hanno già usufruito di interventi terapeutico riabilitativi.

Nei nuclei appartamenti SRP 3.1 vengono erogati interventi riabilitativi a bassa intensità, quali

- Interventi sulle abilità di base con affiancamenti individuali per l'igiene personale;
- Coinvolgimento in mansioni della vita quotidiana, come la cura dell'alloggio, la preparazione dei pasti, fare la spesa;
- Interventi di intrattenimento, interventi di risocializzazione, coinvolgimento del volontariato per sostegno a programmi personalizzati;
- Attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede in raccordo con la rete sociale;
- Accompagnamento presso strutture mediche e servizi del territorio;
- Somministrazioni farmacoterapia e monitoraggio condizioni cliniche;
- Lavoro di rete e rapporti con il territorio (ASL, Comuni) finalizzato al reinserimento sociale;
- Organizzazione attività del tempo libero;
- Cura dei rapporti con i familiari e con le figure di riferimento;
- Coinvolgimento delle associazioni di volontariato e di rappresentanza dei diritti dei malati.

Il funzionamento del supporto è permanente nell'arco delle ventiquattro ore e non prevede interruzioni nel corso dell'anno.

### **Requisiti gestionali**

I requisiti gestionali di esercizio previsti per le Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale sulle 24 h giornaliere, sono stati calcolati per 2 unità abitative contigue da 5 posti letto ciascuna per un totale di 10 ospiti:

- Infermiere: 2 ore a giorno;
- 1 operatore OSS/educatore 24 ore a giorno e 1 operatore OSS a giornata (la possibilità di utilizzare educatori o OSS dipenderà dalle caratteristiche degli ospiti e dei programmi da attuare)
- Medico psichiatra 2 ore settimanali.

L'assistenza sanitaria di base sarà garantita dal MMG.

# LA GESTIONE DELL'URGENZA PSICHIATRICA NEL PRONTO SOCCORSO

Gruppo di lavoro

## Coordinatori gruppo

*Dr. Giancarlo Cerveri (ASST Lodi)*

*Dr. Giovanni Migliarese (ASST Fatebenefratelli Sacco Milano)*

## Partecipanti

*Dr. Amatulli Antonio (ASST Vimercate)*

*Dr.ssa Aroasio Pia Luisa (ASST Pavia)*

*Dr.ssa Bondi Emi (ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo)*

*Prof. Brambilla Paolo (Ospedale Maggiore Policlinico - Milano)*

*Prof.ssa Callegari Camilla (ASST Sette Laghi - Varese)*

*Dr.ssa Crespi Giovanna (ASST Monza)*

*Dr. D'Agostino Armando (ASST Santi Carlo e Paolo - Milano)*

*Dr. Durbano Federico (ASST Melegnano e Martesana - Melzo)*

*Dr. Fiorentini Alessio (Ospedale Maggiore Policlinico - Milano)*

*Dr. Francobandiera Giorgio (ASST Valtellina e Alto Lario - Sondrio)*

*Dr. Fraticelli Carlo (ASST Lariana - Como)*

*Dr. Grecchi Alessandro (ASST Santi Carlo e Paolo Milano)*

*Dr.ssa Morganti Carla (Ospedale Niguarda Milano)*

*Dr. Pavone Fabrizio (ASST Pavia)*

*Dr. Rocchetti Matteo (ASST Pavia)*

*Dr. Toscano Marco (ASST Rhodense)*

*Dr.ssa Viganò Caterina Adele (ASST Fatebenefratelli Sacco - Milano)*

## PREMESSA

Alla luce dei cambiamenti in essere nei servizi per le urgenze anche il ruolo dello psichiatra in Pronto Soccorso (PS) merita un'approfondita riflessione al fine di offrire interventi che posseggano elevata qualità e specificità, a tutela dei pazienti e degli operatori stessi. L'importanza dell'intervento psichiatrico in urgenza è supportata epidemiologicamente, dato che è stato calcolato che gli accessi in urgenza per motivi psichici presso i PS siano superiori al 5% degli accessi totali.

È attualmente in essere in diverse aziende socio-sanitarie territoriali (ASST) un ripensamento dell'or-

ganizzazione funzionale dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) mirato a risolvere i problemi di efficienza del pronto soccorso. In merito a questa riorganizzazione è stato proposto che il paziente che manifesta una sintomatologia genericamente definita "psichiatrica" venga dato in gestione, anche al di fuori dei locali del PS, allo specialista in psichiatria, senza intervento, se non a richiesta, del medico d'urgenza e di altre figure professionali.

L'accesso al Pronto Soccorso rappresenta un diritto di ogni cittadino, indipendentemente dal problema di salute per il quale riceve assistenza. A partire dall'istituzione del SSN questo diritto è detenuto a pieno titolo anche dalle persone con problemi di salute mentale. Qualunque soluzione "specificata" dedicata a cittadini sofferenti di patologia psichica rischia inevitabilmente di comprimere per gli stessi un diritto costituzionalmente stabilito e solleva dubbi e criticità che di seguito si sottolineano.

In questo documento si ritiene di poter definire aspetti di merito secondo rilievi di ordine tecnico-scientifico. Vengono di seguito enunciati alcuni Statement per contribuire alla definizione di procedure di gestione delle urgenze psichiche o comportamentali che possano essere omogenee nei diversi Dipartimenti di Salute Mentale.

## STATEMENT 1

**Il PS si definisce come luogo centrale nella gestione in urgenza del paziente. All'interno del PS è importante che venga fornita una valutazione complessiva e multidisciplinare per pazienti con manifestazioni psichiche, evitando di stigmatizzare categorie di pazienti in base alla loro patologia cronica e/o alle manifestazioni concomitanti.**

**Il PS/DEA ha per tale motivo l'interdisciplinarietà tra le sue peculiarità.**

È importante che non si incorra nella semplificazione di definire le urgenze a seconda della manifestazione clinica prevalente.

Prevedere accessi differenziati per “pazienti psichiatrici” oltre a non avere senso clinico rischia di favorire fenomeni di stigma nei confronti della patologia mentale e di chi ne è affetto.

È clinicamente scorretto e fuorviante identificare la categoria dei “pazienti psichiatrici”. È corretto invece identificare “pazienti con prevalenti manifestazioni psichiche” o “con sintomatologia acuta insorta in un quadro noto o cronico di patologia psichica”.

Purtroppo, come segnalato da diversi lavori e pubblicazioni scientifiche, i pazienti psichiatrici sono esposti a un rischio elevato di oscuramento diagnostico (mancato riconoscimento di una patologia in pazienti portatori di un'altra patologia cronica. Ne è esempio il non riconoscere un infarto miocardico in un paziente che ha frequenti crisi d'ansia con caratteristiche di panico).

## STATEMENT 2

**Diversi sintomi che rientrano nella generica definizione di “manifestazioni psichiatriche” (tra cui anche l'agitazione psicomotoria) hanno genesi organica e sono secondarie a patologie internistiche, neurologiche, traumatiche o da intossicazione che richiedono interventi specifici tempestivi.**

**Data la natura complessa delle “manifestazioni psichiatriche” si reputa indispensabile un inquadramento diagnostico multidisciplinare che favorisca la condivisione delle competenze. Tale valutazione dovrebbe essere completata prima di attribuire una natura esclusivamente psichica ad un disturbo e di far gestire prevalentemente allo psichiatra in PS la condizione clinica.**

La diagnosi psichiatrica rimane fondamentalmente una diagnosi di esclusione.

Ogni manifestazione deve essere valutata escludendo, in primis, malattie organiche che possono avere un ruolo causale o con-causale nella genesi della sintomatologia.

È il caso dell'agitazione, ma anche della mania, della

depressione, delle crisi d'ansia, delle dispercezioni, delle alterazioni del pensiero.

All'interno dei PS è fondamentale che specialisti con formazioni differenti (medico d'urgenza chirurgo) possano lavorare in stretta collaborazione con lo psichiatra per valutare adeguatamente i quadri clinici e definire le strategie terapeutiche più idonee.

Non riconoscere tempestivamente la genesi organica di una manifestazione psichica impatta in modo significativo con l'efficacia degli interventi nel breve e nel lungo termine e pone significativi rischi per il paziente. Il medico che accoglie il paziente resta il responsabile del paziente in DEA; l'inquadramento diagnostico può avvalersi di consulenze multidisciplinari.

Si reputa utile che vengano condivise delle modalità operative (protocolli di intervento) tra il Dipartimento di Emergenza Accettazione e il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, al fine di favorire l'intervento multidisciplinare.

Si reputa altresì indicato prevedere specifici momenti di formazione sulle patologie psichiche e le loro manifestazioni in acuzie, nonché sul loro riconoscimento corretto e adeguata gestione.

## STATEMENT 3

**L'intossicazione acuta da sostanze o lo stato di astinenza rappresentano urgenze medico-tossicologiche prima che psichiatriche e necessitano di interventi che assicurino le funzioni vitali del soggetto, esponendo il paziente a rischio cardiovascolare, rischio respiratorio, rischio metabolico.**

L'intossicazione acuta da sostanze (specialmente alcool, cocaina, psicostimolanti) o lo stato di astinenza alcoolica rappresentano urgenze medico-tossicologiche, prima che psichiatriche, esponendo il paziente a rischio cardiovascolare, rischio respiratorio, rischio metabolico e necessitano di interventi che in prima battuta non sono competenza del consulente psichiatra. Si reputa comunque indicato

che lo psichiatra collabori con il medico d'urgenza per favorire la gestione clinica del paziente. Spesso condizioni di astinenza da alcol o in modo ancora più rilevanti da barbiturici sono di difficile inquadramento diagnostico e presentano una fenomenologia con prevalente quadro di delirium della durata, in taluni casi prolungata. La gestione di queste condizioni presso il Pronto Soccorso o i reparti di medicina d'urgenza e rianimazione risultano scelte fondamentali per la sicurezza dei pazienti.

Si sottolinea che le condizioni di intossicazione e lo stato di agitazione psicomotoria rientrano fra i "problemi" individuati nei flussi EMUR utilizzati per pesare l'attività di PSI/DEA – nella classe assistenziale 4 (in una scala da 1 a 5) al pari del dolore toracico, addominale etc, e per la quale va individuato in area PS un tempo appropriato di assistenza, sia medico che infermieristico, in una dimensione interdisciplinare.

#### STATEMENT 4

**Gli stati di intossicazione o astinenza possono essere determinati dall'uso di sostanze, compreso da quello di nuove sostanze psicoattive (NPS), che non vengono riscontrate con l'utilizzo dei consueti kit di analisi tossicologica presenti nei PS. In questi casi, spesso caratterizzati da agitazione psicomotoria di difficile gestione, risulta determinante la valutazione clinica, utile a fornire un sospetto fondato sull'origine di questi stati.**

Tra le manifestazioni psichiatriche di più frequente riscontro presso i PS si annoverano gli stati di agitazione psicomotoria.

L'agitazione è un sintomo che può essere determinato da diverse patologie organiche e psichiche. Tra le prime, gli stati di intossicazione o astinenza da sostanze sono fenomeni estremamente frequenti. Negli ultimi 10 anni si sono diffuse, soprattutto nelle fasce giovanili della popolazione, nuove sostanze d'abuso, che non sono riscontrabili utilizzando i consueti kit di analisi tossicologica presenti

presso i Pronti Soccorso. Pertanto, anche in presenza di negatività all'esame tossicologico "standard", per alcuni stati di agitazione psicomotoria deve essere ipotizzata una genesi esotossica. Appare dunque necessario dotare i Pronto Soccorsi di reattivi per le nuove sostanze d'abuso.

In assenza degli stessi, la valutazione clinica fornisce comunque dati sufficienti a fornire un sospetto fondato dell'origine di questi stati.

L'intossicazione e l'astinenza implicano la gestione del paziente presso il PS/DEA. Sono infatti possibili reazioni organiche acute che possono necessitare di interventi urgenti (es. crisi respiratorie). Inoltre l'utilizzo dei farmaci per gestire l'agitazione in condizioni di astinenza e/o abuso può favorire effetti collaterali somatici che necessitano di essere affrontati in contesti adeguati.

#### STATEMENT 5

**Non è un mandato sanitario il contenimento fisico delle alterazioni comportamentali associate a violenza fisica.**

È necessario che la gestione delle alterazioni del comportamento associate a violenza fisica, anche se determinate da intossicazione/astinenza o da quadri psichici acuti, non venga ritenuta esclusivamente di pertinenza sanitaria ma coinvolga altre agenzie deputate alla tutela della sicurezza pubblica. I medici, compresi gli specialisti psichiatri, hanno un mandato sanitario che implica la necessità di intervenire per trattare le patologie emergenti. Lo psichiatra agisce dunque a scopo terapeutico e interviene per gestire le urgenze psichiche che possono determinare urgenze comportamentali, ma non può essere il mandataro del contenimento delle anomalie comportamentali, soprattutto di quelle associate a violenza.

#### STATEMENT 6

**L'eventuale ricovero di un paziente nel Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) deve avvenire in totale sicurezza per il paziente e per il personale**

**sanitario, al fine di garantire sempre la migliore assistenza clinica. È necessario stabilizzare il paziente in area DEA prima dell'invio in SPDC.**

Alla luce di quanto esposto anche negli statement precedenti risulta comunque importante sottolineare che il PS svolge un ruolo fondamentale per accogliere il paziente, effettuare una prima valutazione diagnostica e diagnosi differenziale (clearance medica), prestare i primi interventi mirati a una sufficiente stabilizzazione clinica e permettere il ricovero in condizioni di sicurezza per il paziente e per il personale sanitario, riducendo i rischi e favorendo la migliore assistenza clinica.

È quindi importante che in PS possano essere effettuate in urgenza valutazioni ed esami (ematologici, tossicologici, ECG ecc) indicati sia per una corretta diagnosi differenziale sia per la successiva impostazione del trattamento.

Neanche i trattamenti senza consenso (TSO), ancorché attivati prima dell'accesso in ospedale, escludono che la gestione dell'acuzie psichiatrica debba avvenire in pronto soccorso.

## STATEMENT 7

**Nelle attività del DEA, il medico accettante è il titolare del caso. Lo psichiatra, sia nella veste di reperibile che nella veste di guardia attiva, ha sempre e solo un ruolo di consulente, e quindi come tale agisce in supporto e successivamente alle valutazioni medico-chirurgiche proprie della presa in carico dell'urgenza.**

Per tutte le ragioni sovraesposte si rimarca che non possono e non devono essere messe in capo al medico psichiatra funzioni di triage medico-chirurgico, per gli evidenti rischi di una valutazione monospecialistica a discapito di un inquadramento organico generale del caso urgente, con il rischio di errori diagnostici. Questa considerazione appare rilevante soprattutto nelle condizioni di agitazione psicomotoria di ndd, nelle intossicazioni / astinenze, nei quadri psico-organici.

## INDICAZIONI OPERATIVE

Alla luce di quanto sopra sottolineato si richiede che nella stesura del prossimo Piano per la Salute Mentale si ponga come centrale il tema della gestione delle manifestazioni psichiatriche in acuzie.

Si suggeriscono le seguenti indicazioni operative:

- Sollecitare le ASST alla definizione di protocolli aziendali integrati con focus sull'intervento multidisciplinare, eventualmente stimolando alla nascita di equipe miste.
- Temi clinici su cui produrre protocolli integrati dovrebbero riguardare la gestione in PS di:
  - agitazione psicomotoria
  - paziente intossicato da sostanze
  - paziente con manifestazioni aggressive
  - minori con alterazioni psichiche o comportamentali acute
  - alterazioni comportamentali in anziani con demenza
  - urgenze psichiche nel soggetto con autismo
- Sollecitare le ASST a garantire interventi continuativi di formazione sulle patologie psichiche e le loro manifestazioni in acuzie, nonché sul loro riconoscimento corretto e adeguata gestione.
- Garantire l'aggiornamento dei reattivi e dei kit per la valutazione delle sostanze d'abuso presso i PS, con particolare riguardo alle nuove sostanze d'abuso (NPS) al loro utilizzo nella fascia giovanile
- Sollecitare le ASST alla predisposizione, all'interno del Ps, di un locale idoneo alla valutazione del paziente con manifestazioni psichiche (pazienti con rischio di agiti aggressivi, autismi, anziani con stati confusionali).

## EMERGENZA COVID-19 E MODIFICHE AL DOCUMENTO SU GESTIONE URGENZA IN PSICHIATRIA

Il documento presenta rilievi di ordine tecnico-scientifico riscontrati in un periodo precedente all'emergenza COVID. L'improvvisa pandemia ha impattato in modo rilevante sull'organizzazione dei servizi per le urgenze, evidenziando alcune ulteriori necessità e criticità anche in relazione alla gestione delle manifestazioni psichiche, che di seguito si sottolineano.

### 1. Pronto Soccorso

Si sono evidenziate alcune criticità:

- necessità di gestire le acuzie psichiatriche in PS soggetti

presuntivamente Covid-19 +, garantendo la protezione degli operatori. Il tema è estremamente rilevante per i trattamenti senza consenso (TSO) che espongono gli operatori a rischi di contagio stante la non collaboratività dei pazienti.

- necessità di osservazione psichiatrica in Pronto Soccorso in attesa di risultati di tampone o sierologia garantendo il distanziamento necessario tra i diversi pazienti. Ogni Reparto di Psichiatria dovrebbe organizzarsi per riservare uno o più stanze per i pazienti in attesa dell'esito del tampone che va effettuato in PS prima del ricovero.
- necessità di tutelare dal rischio di infezione nuovi pazienti potenzialmente Covid negativi che devono quindi essere tenuti in zone separate da pazienti COVID+

**Criticità:** Mancanza di spazi e personale dedicato per la gestione in PS di pazienti con prevalente sintomatologia psichiatrica

**Provvedimenti:** Spazi dedicati e personale infermieristico dedicato e formato in Pronto Soccorso per la gestione dell'acuzie psichiatrica e l'osservazione/sorveglianza.

## 2. Degenza Ospedaliera:

Tra le criticità principali si sono evidenziate:

- la differenziazione degli spazi di ricovero per garantire la separazione tra pazienti COVID + e COVID-. La presenza di pazienti Covid-19 + (asintomatici dal punto di vista respiratorio) rende necessario dedicare SPDC completamente a pazienti con camere singole e bagno in camera, o alternativamente adibire aree di reparto a pazienti Covid-19+ (con camere singole e bagno). Obiettivo è evitare la diffusione dell'infezione ad altri degenti e operatori.
- Il rispetto da parte di utenti con patologia psichica acuta COVID19 + delle regole anti-contagio. I pazienti con patologie psichiche acute a volte faticano a tollerare

- le regole di isolamento e sono di complessa gestione.
- la restrizione delle visite dei familiari/parenti

**Criticità:** Gestione di pazienti psichiatrici con restrizione delle possibilità di visita parenti, di movimento nel reparto, difficoltà di dimissione per il rispetto dell'isolamento domiciliare, impossibilità di invio in strutture residenziali, diminuzione di posti letto in reparti (per evitare contagi) in una condizione già di elevata carenza.

La carenza di posti letto in SPDC è talmente netta da collocare il nostro Paese al posto più basso nella UE con 9 posti letto ogni 100 mila abitanti ancora più in basso di Cipro con 21 pl e Irlanda con 34 pl/100mila, la media Europea è di 74 PL /100mila (<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/EDN-20191009-1>)

**Provvedimenti:** Ridiscutere il numero di posti letto in SPDC, ristrutturare la degenza assicurando presenza di bagni nelle camere e consentire la possibilità di un numero congruente di stanze singole.

# GRUPPO DI LAVORO SOGGETTI AUTORI DI REATO CON PATOLOGIA PSICHICA

*Gruppo di lavoro*

**Coordinatore gruppo**

*Giancarlo Cerveri (ASST Lodi)*

**Partecipanti:**

*Amatulli Antonio (ASST Vimercate)*

*Aroasio Luisa (ASST Pavia)*

*Callegari Camilla (ASST Varese)*

*Crespi Giovanna (ASST Monza)*

*Durbano Federico (ASST Melzo-Melegnano)*

*Fratlicelli Carlo (ASST Lariana)*

*Magnani Antonio (ASST Mantova)*

*Migliarese Giovanni (FBF Sacco - Milano)*

## PREMESSA

Lo stato di attuazione della legge 81/2014 in Lombardia presenta aree di criticità in merito ad aspetti tecnico-scientifici relativi alle risposte di cura fornite a pazienti in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) e autori di reato per i quali l'autorità giudiziaria ha disposto la non imputabilità o l'incapacità di stare a processo. Nello specifico si ritiene di poter definire alcuni temi da porre come assolutamente centrali nel dibattito tecnico-scientifico, e sui cui ridefinire prassi operative maggiormente efficaci. Si segnalano aree di riflessione ritenute prioritarie e si rimanda a documento allegato per opportuno approfondimento.

## MISSION E RUOLO DSMD

Gli interventi forniti dal DSMD sono orientati alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione di persone con disturbo mentale e/o dipendenza patologica. Qualsiasi intervento che abbia al centro istanze di sorveglianza o custodia che trascendano la funzione clinica del DSMD rischiano di snaturare e delegittimare il rapporto fiduciario

necessario alla cura del paziente e va pertanto evitato. Il bisogno clinico resta centrale rispetto agli aspetti di difesa sociale, afferenti ad altre Agenzie, nella programmazione e messa in atto del percorso di cura. Anche il ricorso al ricovero in strutture psichiatriche di degenza ex art. 73 codice di procedura penale deve essere limitato nel tempo, strettamente correlato alle condizioni cliniche oggettive e deve essere consentito ai medici incaricati di comunicare tempestivamente al Giudice l'avvenuta cessazione delle motivazioni al ricovero, provvedendo altresì a disporre la dimissione del paziente alla struttura indicata, sempre tempestivamente, dal Giudice.

## VALUTAZIONE PERITALE

Per i soggetti già in carico ad un DSMD, il perito psichiatra ha l'obbligo di acquisire le informazioni relative alla presa in carico del paziente ed al percorso di cura effettuato tramite una relazione inclusiva che contenga informazioni relative all'anamnesi, alla diagnosi e agli interventi terapeutici messi in atto.

Si ritiene necessario che il perito psichiatra abbia maturato una consolidata ed attuale esperienza presso i servizi psichiatrici pubblici.

## PERCORSI DI CURA

Si ritiene necessario che il perito psichiatra concordi con il DSMD il percorso di cura da suggerire al magistrato al fine di valutarne la reale fattibilità e migliorarne l'attuazione. I percorsi di cura proposti dal perito, al fine di garantirne l'attuabilità, devono fondarsi sulle specifiche caratteristiche strutturali e funzionali delle strutture Dipartimentali coinvolte.

## DISTURBI DI PERSONALITÀ: I LIMITI DELLE POSSIBILITÀ DI CURA

Si ritiene che nei gravi disturbi di personalità la non imputabilità per motivi psichici sia un evento estremamente raro. Esiste un ampio dibattito in letteratura sull'argomento. Un eccessivo utilizzo dei servizi di cura

del DSMD per tale tipologia di pazienti non sembra essere adeguato al raggiungimento dell'obiettivo di cura né di prevenzione del rischio di reiterazione del reato.

### **Principi e modelli di riferimento**

Nel Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze i luoghi della cura sono diversificati con caratteristiche strutturali e di disponibilità di personale e tecnologia profondamente differenziate. Così se nel Pronto Soccorso l'assistenza e la vigilanza che si possono offrire ad un paziente sono massime dal punto di vista sanitario, il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura può garantire un livello di vigilanza elevatissimo grazie alle sue caratteristiche strutturali, pur con una dotazione tecnologica e di personale inferiore al Pronto Soccorso. Ben diversa è la possibilità di garanzia di assistenza e vigilanza rivolto a persone con limitazioni della libertà che si possono garantire nei ricoveri in strutture residenziali psichiatriche (Comunità Psichiatriche CP e Centri di Riabilitazione CR indipendentemente dall'intensità riabilitativa e di assistenza prevista nell'accreditamento delle strutture stesse). Ancora minore è il grado di vigilanza esigibile in regime di semiresidenzialità diurna o di interventi ambulatoriali o domiciliari. In sintesi, i luoghi sopra definiti sono luoghi pensati e strutturati per la cura. Le possibilità di svolgere vigilanza nei confronti di soggetti autori di reato sono molto limitate, inoltre il personale incaricato svolge compiti di assistenza e cura e non è preparato tecnicamente e culturalmente a svolgere compiti di controllo sulla limitazione della libertà personale, fatta eccezione (e con notevolissime criticità) per gli interventi previsti dalla normativa vigente, come il Trattamento Sanitario Obbligatorio.

Per tali motivi si ritiene indispensabile che i soggetti autori di reato inviati per qualunque motivazione in una struttura sanitaria del Dipartimento di Salute Mentale seguano le procedure di valutazione e trattamento seguite da tutti i cittadini, con particolare riferimento alla valutazione di Pronto Soccorso. Tale osservazione

nasce dal fatto che l'eliminazione parziale o completa della valutazione clinica in Pronto Soccorso e l'ingresso diretto del paziente nel reparto di Psichiatria, al fine di garantire una più agevole sorveglianza del soggetto autore di reato, rappresenta una procedura discriminatoria che espone a rischio clinico il soggetto, oltre a produrre una difformità di trattamento per la tutela della salute.

Per quanto riguarda gli interventi multidisciplinari condotti in ambito territoriale e finalizzati a garantire la continuità delle cure secondo modelli di presa in carico assertiva ed intensiva, si assiste al rischio, tramite la procedura di affidamento del paziente pericoloso socialmente al Dipartimento o al singolo Centro Psicossociale (CPS), di una perdita della contrattualità di cura da ottenere tramite una continua tensione dell'acquisizione del consenso. È necessario che tutti i percorsi di cura siano fondati sul continuo tentativo di condividere con i pazienti la progettualità di cura demandando l'esecuzione ed il controllo di misure di limitazione della libertà agli organi giuridici e favorendo ove possibile nella misura più rilevante l'intervento di cura per la salute psichica all'interno delle carceri. Il generico obbligo alle cure da esercitare nel contesto territoriale in carico a operatori sanitari non solo non produce un miglioramento dei risultati a medio-lungo termine, ma espone pazienti e operatori ad un incremento della conflittualità producendo un danno alla reale possibilità di costruzione di un percorso di cura.

### **Le Equipe per Autori di Reato**

La DGR 1981/2014 ha previsto di sostenere l'attività territoriale mediante la formazione di equipe forensi da inquadrare nei Dipartimenti di Salute Mentale delle ASST. Con la delibera X/5340 del 2016 le equipe forensi hanno avuto una dotazione di n. 4 unità di personale, ad eccezione dell'ASST di Pavia che per la funzione correlata alla gestione presso la Casa Circondariale di Pavia, ha avuto il riconoscimento di n. 14 unità di personale. Attualmente, per la maggior parte delle ASST, l'equipe

forense mantiene un ruolo di monitoraggio degli utenti e di coordinamento interno tra le varie strutture territoriali del DSMD e con le REMS per la gestione del percorso terapeutico.

Le funzioni delle equipe forensi delle diverse ASST del territorio lombardo risultano al momento disomogenee e una armonizzazione delle funzioni svolte risulta necessaria.

Si ritiene necessario che le equipe forensi assorbano all'interno di ogni DSMD delle ASST funzioni di monitoraggio, presa in carico in alcune fasi del percorso e l'inter-mediazione con i soggetti istituzionali preposti nella definizione e nell'attuazione del progetto di cura (Procura, Tribunale, Periti, REMS, UEPE, Enti locali etc.).

Si ritiene inoltre che l'equipe forense debbano svolgere funzioni di consulenza psichiatrica presso le Case Circondariali di competenza.

Per permettere che le equipe forensi svolgano fattivamente questo ruolo di polo funzionale per la gestione dei soggetti autori di reato con patologie psichiche si ritiene che la composizione minima dell'equipe deve essere ridefinita secondo standard omogenei per popolazione afferente e dimensioni delle strutture detentive.

### **Proposte organizzative e/o raccomandazioni**

Si ritiene necessario con la documentazione prodotta contribuire a definire modalità e procedure di gestione dei soggetti autori di reato che possano essere omogenee nei diversi Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze, garantire i necessari interventi di cura alle persone sofferenti di patologia psichiatrica e creare ambienti di cura sicuri per ospiti ed operatori. Risulta dunque necessario rendere certe le competenze e le responsabilità nelle diverse fasi della gestione del soggetto autore di reato.

### **Raccomandazioni:**

– Il soggetto autore di reato mantiene gli stessi diritti

di tutti i cittadini in termini di salute. Non sono accettabili immediati accessi ai servizi psichiatrici in urgenza senza una preventiva valutazione in Pronto Soccorso generale.

- Qualunque progetto di cura che coinvolga il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze deve essere previamente concordato con il personale dedicato al fine di creare percorsi realmente attuabili e quindi esigibili.
- I compiti del personale della struttura sanitaria si limitano all'assistenza e alla vigilanza, la sorveglianza è compito del personale incaricato di pubblica sicurezza.

### **PROPOSTE ORGANIZZATIVE**

- Si ritiene necessario dotare ciascun Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze di una specifica e dedicata equipe per soggetti autori di reato. Le funzioni di tale unità organizzativa devono prevedere il monitoraggio, la presa in carico in alcune fasi del percorso, inter-mediazione con i soggetti istituzionali preposti nella definizione e nell'attuazione del progetto di cura (Procura, Tribunale, Periti, REMS, UEPE, Enti locali etc.). Si ritiene inoltre che l'equipe forense debba essere l'interfaccia del DSMD presso le Case Circondariali, per territori che debbono garantire l'assistenza psichiatrica nelle stesse.
- Si ritiene che la composizione minima dell'equipe deve essere dimensionata come segue
  - 1 psichiatra ogni 200.000 residenti della UOC Psichiatrica
  - 1 Infermiere ogni 100.000 residenti della UOC Psichiatrica
  - 1 Assistente Sociale ogni 100.000 residenti della UOC Psichiatrica
  - 1 Terapista della Riabilitazione Psichiatrica (TERP) ogni 100.000 residenti della UOC Psichiatrica

# LA POSIZIONE DELLA SOCIETÀ SCIENTIFICA SUL TEMA SOGGETTI AUTORI DI REATO CON PATOLOGIA PSICHICA

*Gruppo di lavoro:*

**Coordinatore gruppo**

*Giancarlo Cerveri (ASST Lodi)*

**Partecipanti:**

*Amatulli Antonio (ASST Vimercate),*

*Arosio Luisa (ASST Pavia),*

*Callegari Camilla (ASST Varese),*

*Crespi Giovanna (ASST Monza),*

*Durbano Federico (ASST Melzo-Melegnano),*

*Fraticegli Carlo (ASST Lariana),*

*Magnani Antonio (ASST Mantova),*

*Migliarese Giovanni (FBF Sacco Milano),*

## PREMESSA

Lo stato di attuazione della legge 81/2014 in Lombardia presenta alcune aree di criticità in merito ad aspetti tecnico scientifici relativi alle risposte di cura fornite a pazienti in carico ai servizi di salute mentale e autori di reato per i quali l'autorità giudiziaria ha disposto la non imputabilità o l'incapacità di stare a processo. Nello specifico si ritiene di poter definire alcuni aspetti di merito secondo rilievi di ordine tecnico scientifico, sintetici che rimandano poi a documenti di approfondimento definiti da componenti del gruppo di lavoro

## MISSION E RUOLO DEL DSMD

La missione del DSMD nel trattamento del soggetto autore di reato prevede attività di assistenza come missione specifica e fondante l'affidamento che il paziente ha nel servizio. Per assistenza si ritiene la proposizione di un percorso di cura che preveda l'adesione ad interventi psicofarmacologici, riabilitativi e l'adesione a specifiche

altre prescrizioni di cura. Il DSMD può svolgere anche funzioni di vigilanza intese nel senso di assicurarsi che il paziente si attenga alle prescrizioni terapeutiche segnalando al magistrato di sorveglianza in caso di mancanza di adesione alle stesse che modificherà le prescrizioni e le misure di sicurezza. I servizi di cura presenti nel Dipartimento (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Centro Psicosociale, Centro Diurno e strutture residenziali, sono strutture finalizzate all'assistenza e al trattamento che di norma è volontario. L'obbligo alle cure non può essere imposto dalle strutture dipartimentali (fatti salvi i casi esplicitamente previsti dalla legge) perché inevitabilmente renderebbe non attuabile quel rapporto fiduciario di affidamento tra paziente e personale sanitario necessario per avviare un proficuo percorso volto a modificare lo stato di salute psichica del soggetto.

## STATEMENT 1

**Gli interventi forniti dal DSMD sono orientati alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione di persone con disturbo mentale e/o dipendenza patologica. Qualsiasi intervento che abbia al centro istanze di sorveglianza o custodia che trascendano la funzione clinica del DSMD rischiano di snaturare e delegittimare il rapporto fiduciario necessario alla cura del paziente e va pertanto evitato. Il bisogno clinico resta centrale rispetto agli aspetti di difesa sociale, afferenti ad altre Agenzie, nella programmazione e messa in atto del percorso di cura**

## LA VALUTAZIONE PERITALE

Sul tema della scelta del perito, per le condizioni in cui si valutano temi di imputabilità e pericolosità sociale, si ritiene che, trattandosi spesso condizioni caratterizzate da comportamenti violenti, con frequente abuso di alcol e sostanze, scarsa o nulla critica di malattia e adesione ai trattamenti, sia necessaria una specifica competenza di natura esperienziale. In sintesi sono persone che risultano non rappresentate nei comuni trial clinici controllati

fonte maggiore di dati per la letteratura scientifica. Per tale ragione le conoscenze che il perito deve utilizzare per fornire un parere tecnicamente e scientificamente motivato devono necessariamente provenire dall'esperienza clinica che unicamente si sviluppa nel contesto del lavoro dei servizi pubblici unici luoghi dove tali persone ricevono abitualmente e con continuità percorsi di assistenza e cura. Per sostanziare tale esperienza è necessario che sia mantenuta in tempi recenti al fine di tenere in considerazione le trasformazioni epidemiologiche e la riorganizzazione dei servizi di salute mentale.

## STATEMENT 2

**Si ritiene necessario che il perito psichiatra incaricato di valutare imputabilità ed eventuale pericolosità sociale di un soggetto autore di reato, nonché di elaborare il progetto/affidamento del paziente, abbia maturato una consolidata ed attuale esperienza presso i servizi psichiatrici pubblici.**

Il modello attivo nella gestione dei servizi di salute mentale è fondato, per i pazienti gravi, su percorsi di presa in carico da parte di un'equipe dedicata costituita da psichiatra referente, infermiere di riferimento, assistente sociale, educatore, psicologo. Le figure tutte o in parte presenti a seconda delle necessità cliniche e degli aspetti organizzativi, garantiscono un intervento continuativo e assertivo fornendo coerenza nella proposizione di un percorso di cura nelle diverse fasi della vita del paziente. Per tale motivo nell'elaborazione della valutazione di pazienti in carico al servizio è di fondamentale importanza che questo enorme dato conoscitivo debba essere fornito al perito che in alcuni casi finisce per accedere a solo alcune informazioni che rischiano di non rappresentare con la dovuta coerenza il percorso di cura (per esempio raccogliendo solo alcune lettere di dimissione ospedaliera in un soggetto in carico da anni ad un Centro Psicossociale).

## STATEMENT 3

**Per i soggetti già in carico ad un DSMD il perito psichiatra ha l'obbligo di acquisire le informazioni relative alla presa in carico del paziente ed al percorso di cura effettuato tramite una relazione inclusiva che contenga informazioni relative all'anamnesi, alla diagnosi e agli interventi terapeutici messi in atto, nonché alle eventuali criticità relative al percorso di cura.**

Sul tema della valutazione dei soggetti autori di reato e in carico al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, si osserva con sempre maggiore frequenza l'interessamento di persone con diagnosi duale, cioè attinente sia alla patologia psichica che a disturbi connessi all'uso di alcol o sostanze d'abuso. Tali soggetti sono spesso in carico in modo discontinuo con i servizi preposti alla cura e ciò rende il percorso terapeutico spesso inefficace. Il coinvolgimento di entrambi i servizi sia nella fase di valutazione che nella fase di elaborazione del progetto è l'unica modalità per formulare giudizi accurati e consistenti nonché per elaborare percorsi di cura che possano assicurare una buona probabilità di successo.

## STATEMENT 4

**Si ritiene necessario che il perito psichiatra incaricato di valutare imputabilità e l'eventuale pericolosità sociale di un soggetto, se osserva elementi suggestivi di un Disturbo da uso di alcol o sostanze, coinvolga i servizi delle dipendenze (integrati nel DSMD) sia nella fase di valutazione che nella fase di elaborazione del progetto/affidamento del paziente.**

## I PERCORSI DI CURA

Sul tema della formulazione di un percorso di cura e assistenza da indicare al magistrato in un soggetto giudicato non imputabile e pericoloso socialmente si è osservato che l'esigibilità della proposta passa necessariamente per la capacità di formulare un progetto frutto di una specifica conoscenza del funzionamento dei servizi di salute

mentale e dipendenze sia in termini organizzativi che di risorse disponibili. Esemplicativamente è inattuabile un percorso riabilitativo che preveda un intervento educativo domiciliare se il servizio non è in grado di fornirlo nelle modalità proposte dal perito. La collaborazione del perito con il responsabile del servizio psichiatrico incaricato della cura deve essere stabilito come un obbligo inderogabile per evitare di creare disposizioni inattuabili che mettono a rischio la realizzazione del percorso di cura con tutti i rischi connessi in termini di salute e di sicurezza. Tale necessità di collaborazione nasce anche dal fatto che i percorsi di cura per i cittadini sofferenti di patologia psichica sono erogati in una condizione di risorse limitate. E' necessario evitare che prescrizioni eccessivamente onerose in termini di risorse destinate per soggetti autori di reato, obblighino i servizi a ridurre prestazioni a soggetti in carico ma senza prescrizioni dell'autorità giudiziaria, determinando una discriminazione inaccettabile dal punto di vista dell'eguaglianza dei cittadini nell'accedere alla cure.

#### STATEMENT 5

**Si ritiene necessario stabilire un obbligo per il perito psichiatra di concordare le disposizioni clinico-terapeutiche con il DSMD a cui verrà affidata la realizzazione del percorso di cura, al fine di migliorare il livello di attuazione rendendone altresì sicura l'esigibilità.**

Nel Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze i luoghi della cura sono diversificati con caratteristiche strutturali e di disponibilità di personale e tecnologia profondamente differenziate. Così se nel Pronto Soccorso l'assistenza e vigilanza che si può offrire ad un paziente è massima dal punto di vista sanitario, il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura può garantire un livello di vigilanza elevatissimo grazie alle sue caratteristiche strutturali, pur con una dotazione tecnologica e di personale inferiore al Pronto Soccorso. Ben diversa è la possibilità di garanzia

di assistenza e vigilanza rivolto a persone con limitazioni della libertà che si possono garantire nei ricoveri in strutture residenziali psichiatriche (Comunità Psichiatriche CP e Centri di Riabilitazione CR indipendentemente dall'intensità riabilitativa e di assistenza prevista nell'accreditamento delle strutture stesse). Ancora minore è il grado di vigilanza esigibile in regime di semiresidenzialità diurna o di interventi ambulatoriali o domiciliari. In sintesi i luoghi sopra definiti sono luoghi pensati e strutturati per la cura. Le capacità di svolgere vigilanza nei confronti di soggetti autori di reato sono molto limitate, inoltre il personale incaricato svolge compiti di assistenza e cura e non è preparato tecnicamente e culturalmente a svolgere compiti controllo sulla limitazione della libertà personale fatta eccezione (e con notevolissime criticità) per gli interventi previsti dalla normativa vigente come il Trattamento Sanitario Obbligatorio.

Per tali motivi si ritiene indispensabile che i soggetti autori di reato inviati per qualunque motivazione in una struttura sanitaria del Dipartimento di Salute Mentale seguano le procedure di valutazione e trattamento seguite da tutti i cittadini, con particolare riferimento alla valutazione di Pronto Soccorso. Tale osservazione nasce dal fatto che l'eliminazione parziale o completa della valutazione clinica in Pronto Soccorso e l'ingresso diretto del paziente nel reparto di Psichiatria, al fine di garantire una più agevole sorveglianza del soggetto autore di reato, rappresenta una procedura discriminatoria che espone a rischio clinico il soggetto, oltre a produrre una difformità di trattamento per la tutela della salute.

#### STATEMENT 6

**La competenza del soggetto autore di reato inviato in Pronto Soccorso è inizialmente, come per tutti i cittadini, di tipo medico. Sarà lo specialista del PS, al termine delle valutazioni ritenute necessarie, che disporrà l'invio al consulente psichiatra per le ulteriori valutazioni del caso. La sorveglianza del soggetto non può essere un elemento discriminante i percorsi clinici.**

Per quanto concerne il ricovero nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, esiste una consolidata letteratura sull'utilità di organizzare tali interventi su tempi molto limitati, favorendo dimissioni rapide finalizzate all'avvio di percorsi di cura territoriali. La permanenza eccessivamente lunga in strutture con spazi limitati, pensate organizzativamente per brevi periodi di ricoveri rischia di produrre effetti negativi sulla salute psichica di soggetti che dopo la fase acuta siano costretti a ricoveri prolungati. Tale consolidata prassi clinica finalizzata alla tutela della salute dei cittadini tramite una riduzione del rischio di "istituzionalizzare" i pazienti è posta a rischio da disposizioni giuridiche di ricovero prolungate effettuate al solo scopo di evitare la reiterazione di reati.

#### STATEMENT 7

**Il ricovero nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è pensato sia organizzativamente che strutturalmente per periodi di tempo limitati (degenza media regionale di 12/13 giorni). Si ritiene pertanto inappropriata la collocazione in tale ambito della persona socialmente pericolosa se non per la diagnosi ed il trattamento della fase acuta. La prosecuzione del ricovero oltre tale limite diventa un rischio iatrogeno per la salute del paziente ed un rischio per la sicurezza degli altri ospiti e del personale.**

Per quanto riguarda gli interventi multidisciplinari condotti in ambito territoriale e finalizzati a garantire la continuità delle cure secondo modelli di presa in carico assertiva ed intensiva, si assiste al rischio, tramite la procedura di affidamento del paziente pericoloso socialmente al Dipartimento o al singolo Centro Psicosociale (CPS), di una perdita della contrattualità di cura da ottenere tramite una continua tensione dell'acquisizione del consenso. E' necessario che tutti i percorsi di cura siano fondati sul continuo tentativo di condividere con i pazienti la progettualità di cura demandando interventi l'esecuzione ed il controllo di interventi di limitazione della libertà agli

organi giuridici e favorendo ove possibile nella misura più rilevante l'intervento di cura per la salute psichica all'interno delle carceri. Il generico obbligo alle cure da esercitare nel contesto territoriale in carico a operatori sanitari non solo non produce un miglioramento dei risultati a medio-lungo termine, ma espone pazienti e operatori ad un incremento della conflittualità producendo un danno alla reale possibilità di costruzione di un percorso di cura.

#### STATEMENT 8

**Il Centro Psicosociale (CPS), coerentemente con i dati della letteratura scientifica sui modelli di intervento efficaci, garantisce la presa in carico delle problematiche psichiatriche e sociali del soggetto autore di reato garantendo la continuità delle cure secondo un modello di intervento assertivo finalizzato al soddisfacimento dei bisogni prevalenti. Gli interventi senza consenso sono solo quelli regolati dalla normativa vigente Legge 833/1978 art 33, 34, 35.**

Con l'applicazione della legge 81 del 2014 si sono istituite le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS). Esse hanno permesso la chiusura ed il superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario. Lo scarso numero di letti disponibili, la inefficace programmazione epidemiologica delle risorse ha portato in breve tempo all'esaurirsi dei posti disponibili, spingendo gli operatori del settore a favorire ricoveri sempre più frequenti in Strutture Residenziali Psichiatriche accreditate e contrattate con modalità non pensate per ospitare soggetti autori di reato. Il risultato è stato che ad oggi l'area della residenzialità psichiatrica rappresenta un luogo privilegiato per la cura di molti soggetti autori di reato non solo, come dovrebbe essere nella fase finale del percorso di cura, ma in mancanza di alternative nelle REMS, anche per interventi molto precoci.. Si ritiene indispensabile il mantenimento di adeguati standard organizzativi e tecnici di funzionamento al fine di garantire un percorso di cura sia

per i soggetti autori di reato ricoverati che per i codegenti. Il percorso di cura mantiene una priorità sugli obblighi di sorveglianza al fine di non modificare le finalità della struttura ricoverante o impedire possibili prosecuzioni dei progetti di cura. I Centri Riabilitativi a diversa intensità riabilitativa (CRA-CRM) come le Comunità Protette a diversi livelli di assistenza (CPA- CPM) e la Residenza Leggera fanno parte di un percorso di cura finalizzato a produrre cura e non attività di sorveglianza.

### STATEMENT 9

**La cura e l'assistenza sono gli elementi di qualificazione delle strutture residenziali psichiatriche. la scelta di avviare un soggetto ad una tipologia di struttura non può essere funzionale esclusivamente a bisogni di sorveglianza e di impedimento alla reiterazione del reato che finirebbero inevitabilmente per interrompere il percorso riabilitativo trasformando il ruolo della struttura in un luogo di detenzione.**

Nel corso degli ultimi anni si è assistito al sorgere di diverse strutture residenziali psichiatriche private che si sono proposte per interventi specifici su soggetti autori di reato. Molto spesso sono strutture autorizzate e accreditate senza un contratto con il Servizio Sanitario Regionale. Si osserva che tale organizzazione, finalizzata a poter attivare strutture che altrimenti non avrebbero possibilità di funzionare, rischia di concentrare eccessivamente soggetti autori di reato rischiando di snaturare le funzioni di cura verso funzioni di sorveglianza e contribuendo a creare luoghi di cura molto difficili sia per gli operatori che per gli altri codegenti.

### STATEMENT 10

**Si ritiene che per questioni di gestione corretta delle finalità di cura, per sicurezza degli ospiti della struttura e degli operatori e per evitare eccessiva stigmatizzazione, le strutture residenziali psichiatriche non possano avere più del 25 % di ricoverati autori di reato inviati a seguito di disposizione dell'autorità giudiziaria.**

### DISTURBI DI PERSONALITÀ: I LIMITI DELLE POSSIBILITÀ DI CURA

I Gravi Disturbi di Personalità (DGP) rappresentano un cluster di condizioni patologiche sulla cui consistenza diagnostica esistono ampie discussioni in letteratura e che presentano scarsissime evidenze di specifici trattamenti terapeutici di provata efficacia. Nella letteratura scientifica spesso viene osservata la tendenza a effettuare diagnosi di DGP come meccanismo di individuazione di soggetti non riferibili ad altre forme diagnostiche e che presentano esclusivamente comportamenti abnormi. La diagnosi per tale tipo di disturbo può avere un chiaro valore clinico solo se effettuata da personale con adeguata preparazione e con specifici e validati strumenti di valutazione psicometrica.

### STATEMENT 11

**La valutazione diagnostica di Grave Disturbo di Personalità in sede peritale ai fini della valutazione dell'imputabilità necessita di comprovata esperienza e deve essere supportata da uno specifico assessment di tipo psicometrico al fine di diminuire il rischio di identificare come malattie comportamenti irrazionali mossi da transitori stati emotivi.**

Il tema della responsabilità e delle possibilità di intervento psichiatrico e riabilitativo in tale ambito sono oggetto di attenzione da parte dei clinici e degli operatori dei servizi di salute mentale. Il riferimento di orientamento attuale per i presidi territoriali può essere individuato nel documento della regione Emilia e Romagna (2013) "Linee di indirizzo per il trattamento dei Disturbi gravi di personalità", che ha traslato e adattato al contesto nazionale e locale le raccomandazioni delle Linee guida internazionali. In gran parte sulla base di una revisione delle raccomandazioni NICE per il Disturbo Borderline di Personalità (2009), finalizzata a migliorare gli standard di trattamento per le persone affette da disturbo di personalità

Tali linee di indirizzo definiscono con il termine Disturbi Gravi di Personalità (DGP) condizioni di

interesse psichiatrico caratterizzate da una alterazione del funzionamento mentale nell'area della formazione e della stabilità dell'identità e del Sé, con espressione nelle dimensioni dell'impulsività e dell'antagonismo si da determinare una significativa riduzione delle capacità di adattamento al ruolo sociale. "Le condotte abnormi rappresentano solo un aspetto dei DGP, che in assenza di alterazioni psicopatologiche descrivibili non hanno valore diagnostico né predittivo dell'efficacia dei trattamenti. L'ambito dei DPG viene limitato alle categorie diagnostiche del cluster B del DSM-5, o gruppo dell'impulsività con l'esclusione del Disturbo Antisociale". Appare anche utile sottolineare come i sintomi nucleari dei disturbi di personalità non rispondano ad alcuna terapia farmacologica, ma solo a percorsi psicoterapici lunghi e di difficile attuazione, e che richiedono sia personale formato sia il coinvolgimento attivo del soggetto.

#### **STATEMENT 12**

**Si ritiene che nei gravi disturbi di personalità la non imputabilità per motivi psichici sia un evento estremamente raro. Un eccessivo utilizzo dei servizi di cura del DSMD per tale tipologia di pazienti non sembra essere adeguato al raggiungimento dell'obiettivo di cura né del rischio di reiterazione del reato. Si ritiene più adeguato sottolineare in maniera prevalente l'istanza della difesa sociale e degli aspetti retributivi di un percorso in cui la clinica non deve essere aspetto centrale e/o unico, ritenendo che il percorso giudiziario del soggetto con disturbo di personalità (carcere, misure di sicurezza, misure alternative) possa essere equiparato a quello già attivo per i soggetti affetti da Disturbi correlati ad uso di sostanze stupefacenti.**



## COMMENTI DA ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

### CONTRIBUTO DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELLA ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA (A.I.TE.R.P.) – REGIONE LOMBARDIA

Quando parliamo di Riabilitazione Psicosociale, parliamo di un lungo e complesso percorso, iniziato negli anni '70 negli Stati Uniti, giunto in Italia negli anni '80 ed ancora in continua evoluzione all'interno dei diversi Servizi di Salute Mentale.

A differenza degli anni passati, l'accesso alle nostre Strutture avviene in un lasso di tempo relativamente breve, permettendo l'avvio di percorsi terapeutico riabilitativi in modo tempestivo e dinamico, utilizzando appieno le risorse disponibili e fronteggiando possibili drop out.

Questo diviene possibile grazie ad una progettualità innovativa, funzionale alla tipologia dei bisogni prioritari da intercettare e su cui intervenire attraverso trattamenti fortemente individualizzati, condotti da micro equipe multiprofessionali che si formano e si specializzano all'interno di particolari ambiti. Questo tipo di organizzazione – che fortemente auspichiamo in ogni Ente Sanitario – potrà inizialmente impattare sulla gestione e organizzazione delle singole strutture, ma risulterebbe funzionale all'utilizzo di risorse "trasversali", non assegnate allo specifico Servizio, ma operanti all'interno del medesimo DSMD.

In questo percorso, la riabilitazione psichiatrica – il cui obiettivo è il recupero delle abilità fisiche, emotive, sociali

ed intellettive perse a causa della malattia e indispensabili per vivere, apprendere e lavorare in comunità – assume oggi un ruolo di primaria importanza nel panorama dell'assistenza psichiatrica, grazie a numerosi studi che individuano interventi basati sulle evidenze, articolati in tappe progressive, con obiettivi mirati, definiti da procedure di valutazione e verifica.

Come Associazione di categoria abbiamo risposto con forte interesse alla richiesta di collaborazione da parte del Direttivo di SIP Lo, apprezzando ampiamente le proposte innovative in merito all'organizzazione dei servizi, alle modalità di lavoro di équipe multiprofessionali con il riconoscimento di specifiche competenze e ai programmi clinici aggiornati offerti agli utenti.

Auspichiamo un sempre maggiore investimento sulla nostra figura professionale non solo e non tanto negli ambiti considerati "tradizionali" per la riabilitazione psichiatrica – come Residenzialità e Semi – residenzialità, ma anche e soprattutto nelle strutture territoriali, nei Servizi afferenti alla NPI e nei Servizi per le Dipendenze, in modo da intercettare in modo precoce i bisogni riabilitativi delle persone, con l'auspicabile partecipazione delle famiglie ed il coinvolgimento della rete sociale.

# COMMENTO DELL'ACADEMY OF EMERGENCY MEDICINE AND CARE (ACEMC) AL DOCUMENTO SULLA GESTIONE DELL'URGENZA PSICHIATRICA NEL PRONTOSOCORSO PRODOTTO DAI COLLEGHI DELLA SIP-LO

*Gruppo di lavoro AcEMC:*

*Dr. C. Paolillo (presidente AcEMC) (ASST Spedali Civili di Brescia), Dr. I. Casagrande (già Azienda Ospedaliera di Alessandria), Dr. R. Lerza (Ospedale San Paolo Savona), Prof. S. Perlini (Policlinico San Matteo di Pavia)*

La riduzione di risorse dei servizi psichiatrici, la aumentata diffusione di abuso di sostanze stupefacenti, in particolare tra i giovani, ha favorito un aumento esponenziale di accessi ai Pronto Soccorso per un problema psichiatrico acuto. Talvolta il Pronto Soccorso rappresenta il primo contatto con il Sistema Sanitario.

Il paziente con un disturbo psichiatrico/comportamentale acuto in Pronto Soccorso è per definizione un paziente che ha un alto profilo di rischio che richiede dal triage, alla valutazione medica ed alle disposizioni una rapida e soprattutto sicura sequenza di provvedimenti e di decisioni.

Il documento prodotto dalla Sezione Lombarda della SIP solleva giustamente una serie di criticità alcune delle quali condivisibili:

- La necessità di un team che in Pronto Soccorso valuti e stabilizzi il paziente con disturbi psichiatrici/comportamentali e che possa avvalersi se necessario, ed in tempi brevi della consulenza dello psichiatra;
- La valutazione clinica ad opera del Medico d'Urgenza, che deve essere essenzialmente volta ad escludere che il disturbo acuto sia da ascrivere ad una lesione organica;
- La necessità di stabilizzare e decontaminare il paziente in cui si sospetti una intossicazione da sostanze psicoattive in un ambiente dove sia possibile, almeno nelle prime fasi, effettuare un monitoraggio clinico e strumentale.

- L'importanza non trascurabile di ridurre al minimo i tempi di attesa di ricovero, una volta condivisa la necessità di ricoverare il paziente in ambiente psichiatrico.

L'Academy in quanto promulgatrice di percorsi condivisi tra gli operatori dell'Emergenza auspica che con un atteggiamento di collaborazione multidisciplinare si possa addivenire alla produzione di una policy condivisa che possa aiutare ad omogenizzare gli atteggiamenti dei vari co-Attori coinvolti nel percorso del paziente con disturbi psichiatrici/comportamentali in Pronto Soccorso.

# POSIZIONE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI TOSSICOLOGIA (SITOX) PER GLI ASPETTI DI COMPETENZA CLINICO-TOSSICOLOGICA IN RELAZIONE AL DOCUMENTO DI SIP-LO SU “LA GESTIONE DELL’URGENZA PSICHIATRICA NEL PRONTO SOCCORSO” PRODOTTO DAL GRUPPO DI LAVORO SIP-LO

Gruppo di lavoro SITOX:

Corrado Lodovico Galli (Presidente SITOX), Carlo Alessandro Locatelli, Valeria Margherita Petrolini, Davide Lonati

La presente lettera fa seguito all’incontro avvenuto a Pavia il 16/10/2020 tra rappresentanti di SIP-Lo, SITOX e AcEMc per la valutazione del documento riportato in oggetto al fine di una condivisione fra società scientifiche. A conferma di quanto sostenuto nella riunione, la SITOX ritiene di poter esprimere valutazioni in merito alle problematiche che sono anche di competenza clinico-tossicologica, e per le quali viene di norma (o dovrebbe essere) richiesta la consulenza del tossicologo clinico (via Centro Antiveneni) per l’appropriatezza delle cure (diagnosi, trattamento, monitoraggio) di pazienti intossicati (o sospetti tali), con dipendenze patologiche e/o con problemi farmaco-tossicologici che giungono all’osservazione del sistema dell’urgenza nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

SITOX si rende quindi disponibile a collaborare al gruppo di lavoro per la condivisione di procedure e percorsi diagnostico-terapeutici, nonché per la produzione di un documento condiviso fra Società Scientifiche, rimarcando fin d’ora i seguenti aspetti:

– SITOX concorda sull’opportunità di una condivisione fra società scientifiche del documento proposto da SIP-Lo, ritenendo di poter contribuire per le proprie competenze e nel rispetto delle necessità di chi opera in urgenza fronteggiando le più diverse problematiche

- ritiene che una maggiore condivisione di competenze, di valutazioni specialistiche e di procedure (= multidisciplinarietà) possa essere solo di giovamento nel supportare scelte più appropriate per la cura di pazienti oggetto del documento SIP-Lo, nonché per la soluzione delle criticità di sistema oggi esistenti
- il paziente con intossicazione acuta, con dipendenze e/o con effetti collaterali da farmaci può, di fatto, essere causa di criticità nel sistema dell’urgenza, specie quando in anamnesi vi sono manifestazioni psichiatriche o alterazioni comportamentali
- dall’osservatorio clinico-tossicologico (= esperienza quotidiana riferita all’intero territorio nazionale), e tralasciando la situazione di alcuni ospedali in cui le interazioni fra medico d’urgenza, psichiatra e tossicologo sono ottimali, è infatti possibile confermare che:
  - l’approccio al paziente psichiatrico con problematiche clinico-tossicologiche in pronto soccorso risulta molto disomogeneo nei diversi servizi e nelle varie realtà sanitarie del SSN
  - risultano evidenti criticità in molti DEA in relazione alla gestione di pazienti intossicati, con dipendenze e/o con effetti collaterali di terapie, e che sono di possibile co-competenza psichiatrica e internistica

- è di fatto inequivocabile che in molti punti del SSN esistono evidenti carenze strutturali (es. spazi idonei, anche per il monitoraggio intensivo clinico e strumentale), gestionali e organizzative che non consentono ai diversi specialisti di poter co-gestire in sicurezza pazienti intossicati di possibile co-competenza psichiatrica: questa co-gestione della fase acuta di pazienti con intossicazione, dipendenza e/o effetti avversi (anche solo sospetti) dovrebbe avvenire in ambienti idonei nei DEA
- è indiscutibile che ogni paziente con possibile intossicazione, dipendenza e/o effetti collaterali in presenza (e/o sospetto) di co-morbilità psichiatrica necessita di un primo inquadramento clinico completo multidisciplinare e multi-professionale (internistico, psichiatrico, tossicologico, intensivistico, traumatologico e altri se opportuni) in ambienti idonei per la valutazione e il monitoraggio clinico e strumentale: il trasferimento a servizi/reparti a minore intensità di cura deve e può essere effettuato una volta concordato fra i diversi specialisti interessati e quando non sono più ipotizzabili rischi per il paziente
- appare improponibile il fast-track (accesso diretto) per il paziente psichiatrico che si presenta in situazione di urgenza (intossicazione, dipendenza e/o effetto avverso) nei pronto soccorso, in quanto possibile causa di errori e di gravi sottovalutazioni diagnostiche (es. non tutti gli accertamenti e i monitoraggi eseguibili in pronto soccorso sono normalmente disponibili nei reparti di psichiatria).
- SITOX è quindi disponibile a collaborare con le altre società scientifiche per l'elaborazione di un documento condiviso e chiarificatore sugli aspetti ancora oggi dibattuti e fonti di contrasti e malintesi problematici per i pazienti.

## COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

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

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

### NORME EDITORIALI

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

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

**Ogni articolo deve contenere nell'ordine:**

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

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

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



**SIP-Lo**

Sezione Regionale Lombardia  
della Società Italiana di Psichiatria

#### **Presidenti:**

Mauro Percudani e Massimo Clerici

#### **Segretario:**

Carlo Fraticelli

#### **Vice-Segretario:**

Giovanni Migliarese

#### **Tesoriere:**

Gianluigi Tomaselli

#### **Consiglieri eletti:**

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

#### **RAPPRESENTANTI**

##### **Sezione "Giovani Psichiatri":**

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

##### **Membri di diritto:**

Claudio Mencacci  
Giancarlo Cerveri  
Emi Bondi  
Pierluigi Politi  
Emilio Sacchetti

##### **Consiglieri Permanenti:**

Alberto Giannelli  
Simone Vender  
Antonio Vita  
Giuseppe Biffi  
Massimo Rabboni