



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

Anno XXXIV • 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.

EDITORE:

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

IN PRIMO PIANO

5 Un intervento urgente per salvare il diritto alla cura per chi soffre di patologie mentali
di Cerveri G.

12 La salute mentale oggi e domani: quali speranze per il futuro?
di Percudani M. e Clerici M.

RECENSIONI

15 In dialogo con la solitudine
Recensione, Commento, Divagazioni
di Giannelli A.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

19 Dati preliminari su un algoritmo di Natural Language Processing per l'identificazione di referti relativi a ideazione suicidaria nei Pronto Soccorso di ASST Lariana
di Alamia A., Calzolari R., Micieli W., Mingotto E., Sani E., Fraticelli C.

26 Anoressia Nervosa: trattamenti evidence-based e nuove prospettive
di Baccara A., Del Giudice R., Bertelli S., D'Agoŝtino A.

30 Il nulla che ferisce il sé - PARTE I
di Barbieri S., Soardo L., Bertelli S., Arosio P.L.

37 Il nulla che ferisce il sé - PARTE II
di Barbieri S., Soardo L., Bertelli S., Arosio P.L.

45 L'intervento cognitivo comportamentale di gruppo come strumento per la riduzione dell'aggressività in SPDC
di Bellini L., Papini B., Spera M., Vergani V., Mencacci C.

55 Una indagine preliminare sugli effetti del lockdown in un campione di istituti superiori della ASST Melegnano e della Martesana
di Camporota V., Carnevali S., Durbano F.

66 L'esperienza del Budget di Salute di Comunità in beneficiari con disturbo di Personalità
di Cardani C., Porcellana M., Morganti C., Di Bernardo I., Percudani M.

73 Team leader in sanità
Riflessioni sulla esperienza formativa del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze della ASST Melegnano e della Martesana come strumento di integrazione tra servizi differenti ma aggregati
di Durbano F., Delvecchio G.

80 Il percorso di ricerca infermieristica nel Dipartimento di Salute Mentale.
L'esperienza dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano
di Ferrara P., Capone A., Villa A., Oliverio V., Betella M., Destrebecq A., D'Agoŝtino A., Gambini O.

84 Covid e RSA, la salute psichica degli operatori ad un anno di distanza
di Grossi C., Gesi C., Consorti E., Fiorentini G., Bergamaschini L., Vercesi E., Cerveri G.

IN COPERTINA: Caino, Giovanni Dupré, 1846

Museo Statale Ermitage, San Pietroburgo

© Yair Haklai / Wikimedia Commons / CC-BY-SA-2.5

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



SOMMARIO

AnnoXXXIV • n. 2 • luglio–dicembre

94 **Basket Cases: marginalità e disagio psichico in adolescenza tra diagnosi e possibilità di presa in carico**
di Leon E., Bosetto D. & Clerici M.

114 **Il Disturbo da Gioco d'Azzardo e la comorbidità psichiatrica: oltre il concetto di doppia diagnosi**
di Limosani I., Ciliberti C., Longo L., Turco M., Percudani M.

121 **Dolore mentale e screening del rischio suicidario in un campione clinico di pazienti affetti da disturbi psichiatrici**
di Lucca G., Ielmini M., Trabucchi E., Aspesi G., Caselli I., Callegari C.

130 **Study skills training: sperimentare e valutare un approccio online in tempi di pandemia**
di Prini C., Amadei I., Colnaghi F., Fresco A., Grignani S., La Greca E., Lucchini B., Meliante M., Moreno Granados G. N., Parisi C., Pozzetti T., Amatulli A.

138 **L'impatto della pandemia da Covid-19 sul sistema di rete per il lavoro in psichiatria nella città metropolitana di Milano**
di Quarenghi A., Rubelli P., Sanna B., Fusi A., Mencacci C.

144 **I giovani e la pandemia: richieste di accesso ai servizi psichiatrici e correlazione con agiti autolesivi**
Uno studio condotto presso il CPS Giovani di Milano
di Tagliabue S., Malvini L., Barbera S., Percudani M.

150 **Neurofeedback come strumento di valutazione e di trattamento per l'ADHD dell'adulto**
Il Programma Dafne in ASST Lariana
di Uccello M., Massara A., Turati S., Fraticelli C.

PSICHIATRIA FORENSE

154 **In mancanza di specifiche linee guida che cosa fare?**
di Mantovani R., Mantovani L.

CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

156 **CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M. SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE**
Gli agiti aggressivi nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura
Un'analisi retrospettiva
di Camuccio C. A., Bonaldi E., Vitale E.

165 **CONTRIBUTO AITERP ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA E PSICOSOCIALE**
La riabilitazione psichiatrica ai tempi del covid-19
Una riflessione a partire dall'esperienza del DSMD dell'ASST di Lodi
di Scagliarini V., Fioletti B., Bonazzi I., Zaniboni F.



CONTRIBUTI DA ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE E AREE PROFESSIONALI

CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.

SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE

Gli agiti aggressivi nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura

Un'analisi retrospettiva

Camuccio C. A.; Bonaldi E.°; Vitale E.^*

RIASSUNTO

Introduzione

Le situazioni in cui i lavoratori vengono aggrediti, intimiditi e spaventati sono un problema crescente nelle istituzioni sanitarie, in particolare per gli infermieri nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), poiché essi sono più a contatto con i pazienti e di conseguenza i più esposti alla violenza. La prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari richiede che vengano identificati i fattori provocazionali o di rischio.

Nonostante una notevole attenzione sull'argomento, il problema rimane sottostimato, con la maggior parte del personale che ritiene che la violenza e l'aggressività facciano parte del proprio lavoro di routine.

Obiettivi

Analizzare quali sono i più significativi fattori predi-

spendenti in merito alla comparsa di un agito aggressivo, verificare se alcuni di questi ultimi sono maggiormente presenti rispetto ad altri ed analizzare gli interventi messi in atto al fine di contrastare gli agiti aggressivi osservati.

Materiali e metodi

È stato condotto uno studio osservazionale retrospettivo, indagando in merito al fenomeno dell'aggressività e della violenza presso due SPDC della Regione Veneto, andando ad analizzare la documentazione clinica ed infermieristica per un periodo complessivo di un anno.

Risultati

Si sono registrati un totale di 109 agiti aggressivi attuati da 63 soggetti. Di questi 21 sono stati recidivi. C'è stata una leggera prevalenza di uomini tra i soggetti identificati come aggressori. L'aggressività verbale è risultata maggiore rispetto alla fisica, soprattutto da parte di donne. I

fattori provocazionali hanno riguardato maggiormente la presenza della sintomatologia al momento dell'aggressione ed il rifiuto alle richieste dei pazienti da parte dello staff. Nella maggior parte le aggressioni vengono rivolte ad infermieri.

Conclusione

L'agito aggressivo è condizionato da fattori intrinseci al paziente, quali: età, sesso, condizione clinica, fattori organizzativi tra i quali personale ospedaliero, nonché la sua condotta risulta essere fortemente influente. Maggior enfasi al fenomeno in studio e una mirata formazione al personale, potrebbero ipoteticamente comportare una riduzione dell'evento stesso.

PAROLE CHIAVE

“Aggressività”, “Reparto Psichiatrico”, “Pazienti Psichiatrici”, “Valutazione Del Rischio”, “Fattori Casuali”.

INTRODUZIONE

La letteratura riporta come il rapporto tra il comportamento aggressivo e la malattia psichiatrica è stato oggetto di un notevole dibattito nel corso della storia. Secondo un'indagine nazionale condotta in Italia, tra le variabili socio-demografiche, i pazienti maschi, single, più giovani, meno istruiti e disoccupati, o pazienti che ricevono una pensione di invalidità, risultano essere i maggiori a rischio di comportamenti ostili e/o violenti. Tra le variabili cliniche, invece, la schizofrenia è stata la diagnosi prevalente in tutti e tre i gruppi in studio (pazienti non ostili, pazienti ostili e pazienti violenti) (Grassi, 2001). A questo, seguono diagnosi, quali: disturbo bipolare, disturbo antisociale di personalità, e abuso di sostanze/alcol, come fattori significativamente correlati al comportamento aggressivo e violento. La probabilità di aggressione è pertanto influenzata dal decorso della malattia e dalla natura del suo trattamento (Hills, 2018). Infatti, la probabilità che i pazienti psicotici si comportino in modo aggressivo, è maggiore durante la fase acuta della malattia. I comportamenti

aggressivi passati si sono visti predittivi di un possibile comportamento ostile futuro, quindi l'identificazione precoce dei pazienti ostili, aggressivi e/o violenti potrebbe diventare l'obiettivo di programmi volti a ridurre la violenza in ambito ospedaliero e psichiatrico (Hodgkinson, 1985; Giarelli, 2018). Questo viene sottolineato altresì da una revisione sistematica, che appunto dichiara come un episodio precedente di aggressività e una durata più lunga del ricovero, siano i predittori più coerenti e più presenti nella letteratura (Daffern, 2002). Oltre alle caratteristiche cliniche tuttavia, è noto che anche fattori situazionali e contestuali possano contribuire all'aggressività. Questi possono essere suddivisi in fattori correlati allo staff e fattori correlati all'organizzazione di reparto.

I primi riguardano la giovane età del personale, meno esperienza o abilità, scarsa motivazione, basso numero di dipendenti e instabilità del gruppo. Per quanto riguarda l'organizzazione di reparto si è evidenziato che anche l'ora del giorno può influire negativamente sul paziente aggressivo. Inoltre si ipotizza che il sovraffollamento contribuisca all'aggressività attraverso lo stress derivante dalla sovrastimolazione dovuta alla mancanza di spazio personale. Ulteriori fattori predisponenti sono: basso numero del personale, scarsa qualità e quantità della formazione del personale, restrizioni, mancanza di privacy e scarsa qualità delle cure. Inoltre, il ricovero in regime di TSO può innescare o amplificare l'ostilità e gli atteggiamenti violenti dei pazienti, al momento del ricovero e durante la degenza forzata, poiché essi non sono in grado di riconoscere il loro bisogno di cure urgenti (Bader, 2014).

Pertanto, le caratteristiche del reparto, le norme e i regolamenti in base ai quali operano i reparti e il comportamento del personale e di altri pazienti, possono anche essere percepiti come provocatori portando così ad un aumento dell'aggressività. In accordo con questa revisione, le provocazioni percepite possono derivare da un'errata interpretazione degli stimoli ambientali derivanti dai sintomi psicotici del paziente. Molti incidenti aggressivi si verificano a seguito di richieste da parte dei

pazienti al personale infermieristico, soprattutto quando quest'ultime vengono rifiutate. Il personale nei contesti psichiatrici, può quindi ridurre il rischio di aggressione utilizzando strategie di relazione terapeutica come: praticare una buona comunicazione, sostenere i pazienti, essere disponibile, avere forti capacità di valutazione clinica, fornire istruzioni al paziente e collaborare con esso nella pianificazione del trattamento (Barelli, 1998).

LA RICERCA DELL'AGITO VIOLENTO: I PRESUPPOSTI PROVOCAZIONALI

Il modello Nijman e Duxbury

Intercalandoci sempre più nel contesto dei reparti psichiatrici, è necessario citare il modello d'aggressione proposto da Nijman (2002), al fine di comprendere quali sono i fattori correlati ad un eventuale atto aggressivo. Il modello proposto chiarisce come determinate variabili correlate al paziente, allo staff e al reparto possano interagire nel causare fenomeni di aggressività (Nijman, 1999). L'articolo ipotizza infatti come il ripetersi delle aggressioni nei reparti psichiatrici possa essere il risultato di un circolo vizioso: alle violenze del paziente spesso segue un aumento delle tensioni ambientali e comunicative con il seguente aumento del rischio di nuova violenza; di fatto, studi svolti confermano l'ipotesi che il paziente violento è spesso recidivo. Il circolo vizioso precedentemente descritto, comprende prevalentemente tre tipologie di variabili:

1. *variabili del paziente*: si sostiene a tal proposito, che la psicopatologia grave, le distorsioni percettive rispetto alle attività del servizio e il ricovero in regime di TSO, siano alcune delle principali fonti di aggressione ospedaliera.
2. *variabili correlate al reparto* nelle quali entrano in gioco diversi fattori di stress ambientale. Queste riguardano la riduzione della privacy conseguente al ricovero, un reparto psichiatrico sovraffollato, lo stress generale correlato all'ambiente.
3. *variabili correlate allo staff*, dette anche variabili inter-

personali. Il comportamento dei membri dell'equipe verso la malattia mentale, è infatti un significativo fattore interazionale. Esso, può avere un impatto negativo sulla qualità dell'assistenza erogata alla persona con problematiche di salute mentale. I fattori interazionali riguardano la difficile e/o errata comunicazione tra personale e paziente, i limiti del contesto e i regimi restrittivi, la mancata informazione in merito al trattamento e alla cura, l'incoerenza del personale rispetto una regola da seguire, la contrapposizione e le pratiche invasive.

Successivamente Duxbury (2001) applicò il modello di Nijman (1999) all'infermieristica di salute mentale; ella riconobbe la natura multifattoriale dell'aggressività del paziente psichiatrico, riconoscendo tre modelli come possibili fattori causali:

1. *modello interno*: l'aggressività è vista come dovuta in gran parte a fattori interni alla persona aggressiva, come la malattia mentale o la personalità;
2. *modello esterno*: l'aggressività è considerata come causata principalmente da fattori nell'ambiente fisico o sociale della persona, come la disposizione fisica del reparto, o il modo in cui il reparto è governato dal personale
3. *modello interazionale/situazionale*: i fattori della situazione immediata, come l'interazione tra il paziente e gli altri, in particolare i membri del personale, sono visti come le questioni più importanti da affrontare tra i fattori che contribuiscono allo sviluppo dell'aggressività (Duxbury et al, 2002).

MATERIALI E METODI

In due SPDC appartenenti alla medesima Azienda Unità Locale Socio Sanitaria della Regione Veneto sono state consultate retroattivamente 557 cartelle dal periodo decorrente dall'01/07/2019 all'1/07/2020, ricercando gli eventuali agiti aggressivi avvenuti e verificando al tempo stesso le condizioni situazionali degli agiti aggressivi osservati.

Nella ricerca sono stati inclusi tutti i pazienti ricoverati che avevano messo in atto almeno un episodio di aggressività nel periodo di studio, con diagnosi di malattia psichiatrica, con un'età superiore ai 18 anni, senza distinzione alcuna di sesso ed etnia.

Tutte le cartelle cliniche appartenenti a ai pazienti minorenni o con diagnosi di tipo non psichiatrico, come ad esempio quella di declino cognitivo, sono state incluse dall'indagine.

Per organizzare le informazioni raccolte, è stata utilizzata una griglia di estrazioni dati costruita ad hoc, considerando soprattutto gli studi di Njiman et al. (1999) e lo studio di Barelli et al. (1998). Nello specifico, la griglia di estrazione dati ha tenuto in considerazione quattro principali parametri di studio:

1. *Dati anagrafici ed anamnestici del paziente*, ovvero la data, l'ora ed il luogo nella quale si è verificato l'incidente, l'età ed il sesso dell'aggressore, la diagnosi principale, la tipologia ed il numero di ricoveri.
2. *Tipologia dell'aggressione*, ovvero il comportamento aggressivo attuato, se di natura verbale o fisica. Nell'agito aggressivo verbale sono stati incluse alcune sottocategorie quali: insulti agli altri, aggressione verbale sessista, minacce verbali contro gli altri o contro sé stessi, intimidazioni. Invece, tra le aggressioni fisiche sono state ricomprese per lo più tutti gli atteggiamenti violenti riferiti ad autolesionismo, aggressioni verso oggetti ed aggressioni fisiche contro persone terze.
3. *Tipologia dei fattori provocazionali*, ovvero i fattori di provocazione percepiti di tipo relazionale, come la presenza della sintomatologia in fase acuta al momento dell'aggressione, le eventuali discussioni e/o litigi con altri degenti, le discussioni e/o i litigi con il personale, la mancanza di comunicazione tra staff e paziente e la presenza di famigliari in visita; ed i fattori di provocazione correlati al contesto, come la tipologia di ricovero, la limitazione della libertà, il reparto chiuso, il sovraffollamento, la scarsa illuminazione, i rumori eccessivi, la mancanza di

informazione al paziente.

4. *Personale coinvolto ed interventi*, ovvero a chi è stata rivolta l'aggressione e quali sono stati gli interventi per fermarla, se di tipo farmacologico, fisico o relazionale.

I dati raccolti sono stati registrati in un foglio Excel ed elaborati presentandoli in frequenze e percentuali.

RISULTATI

Nel periodo considerato, su 557 cartelle esaminate in totale si sono manifestati un totale di *109 agiti aggressivi*. Il numero totale dei soggetti che hanno messo in atto almeno un agito aggressivo nel periodo di studio è di 63.

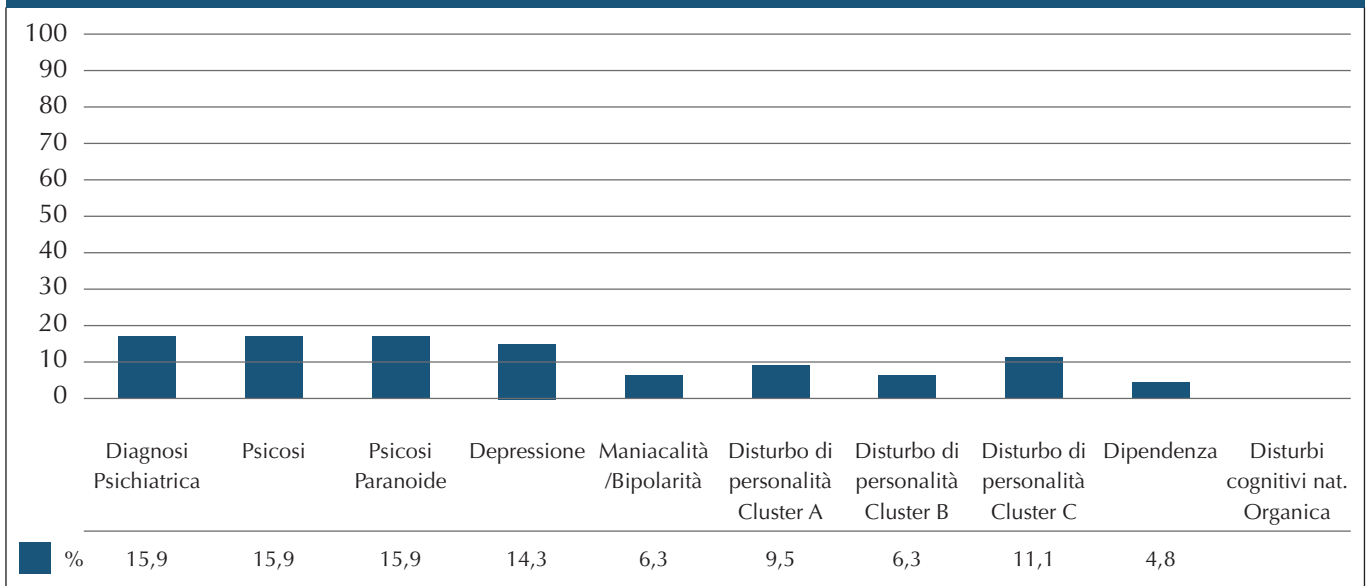
Il campione comprende 32 (50.79%) uomini e 31 (49.21%) donne con un'età media di 48 anni. Gli agiti violenti si sono manifestati per lo più nei pazienti già conosciuti: solo per 12 pazienti su 63 totali è stato il primo ricovero (19.05%).

Per quanto riguarda la diagnosi clinica del paziente, questa è stata inizialmente riportata nella griglia di estrazione dati nella documentazione clinica consultata, e successivamente, al fine di eseguire una migliore analisi dei dati, suddivisa in nove cluster principali comprendenti: psicosi, psicosi paranoide, depressione, disturbo maniacale e/o bipolare, disturbo di personalità (cluster A, B, C), dipendenza e disturbi cognitivi di natura organica. Considerando i 63 soggetti identificati come aggressivi, le tipologie di diagnosi maggiormente registrate sono state riportate nella Figura 1.

Considerando i 109 agiti aggressivi, tra i soggetti con disturbo psicotico, 7 sono stati uomini e

sono state donne (2 uomini sono stati recidivi). Le aggressioni in questo caso sono state prevalentemente di tipo verbale con urla o insulti verso gli altri. In cinque casi è stata invece messa in atto aggressione fisica. Tra i soggetti con psicosi paranoide ci sono state 15 aggressioni verbali (tra cui 5 minacce contro gli altri, due di queste rivolte all'infermiere, una sola ad un operatore socio

Figura 1. Diagnosi dell'Aggressore.



sanitario e due al personale non specificato) e 12 fisiche (tra cui 2 rivolte a sé stesso, 9 rivolte ad oggetti propri od altrui, 1 rivolto ad un familiare). In 23 casi gli agiti aggressivi per questo tipo di diagnosi sono stati messi in atto da uomini (85%) e in soli 4 casi da donne. I soggetti con disturbo depressivo sono stati in maggioranza donne, hanno infatti messo in atto un agito aggressivo 9 donne su 14 casi totali) e si sono manifestate 6 aggressioni verbali, e 8 fisiche (di cui 3 rivolte a sé stesso, e 5 rivolte ad oggetti).

Tutti gli agiti violenti registrati si sono distribuiti nelle 24 ore, con 39 (35,78%) casi nel turno mattutino in leggerissima prevalenza di tipo verbale (51%); 42 (38,53%) casi nel turno pomeridiano con una maggioranza di casi di aggressività verbale (57%); in fine, 28(25,68%) casi nel turno notturno con pari aggressività fisica e verbale.

I casi nel pomeriggio si sono tuttavia spartiti in modo equo tra le varie stanze dei reparti: 8 eventi in camera propria del paziente o di un'altro degente, 9 casi nel corridoio del reparto, 7 casi in altre stanze quali ad esempio soggiorno, ambulatorio medico, stanza fumo e in 18 casi il luogo non è stato specificato. Dall'osservazione dei dati si nota tuttavia come in questa fascia oraria (14:00-22:00), sia per quanto riguarda la camera (75%) che per quanto riguarda il corridoio (66,6%) siano maggiormente presenti

aggressioni di tipo fisico. Tra i 28 casi notturni, 15 sono stati attuati nella camera propria del paziente "aggressore" o di un altro degente e nel 73% da donne (n=11). Nella Tabella 1 sono state riportate tutte le tipologie di aggressioni registrate.

Tabella 1. Gli agiti aggressivi registrati

Agito aggressivo	Tipologia di agito aggressivo	n;%
Agito aggressivo verbale	Urla o insulti agli altri	41;70.69%
	Aggressione verbale assistita	0;0%
	Minaccia contro gli altri	13;22.41%
	Minaccia contro se stesso	3;5.17%
	Intimidazioni	1;1.72%
	Altro	0;0%
Agito aggressivo fisico	Contro se stesso	13;25.49%
	Contro oggetti	27;52.94%
	Contro altri	11;21.57%
	Altro	0;0%

Tabella 2. Tipologia dei fattori provocazionali.

Fattori provocazionali	Tipologia	n;%
Provocazione relazionale	Presenza sintomatologia al momento dell'aggressione	15;42.86%
	Discussione/litigio con altri degenti	3;8.57%
	discussione/litigio con il personale	4;11.43%
	Presenza di famigliari in visita	9;25.71%
	Telefonata con persone esterne	4;11.43%
Provocazione organizzativa	Ricovero in regime di TSO	3;6.67%
	Richieste non condivise	18;40%
	Richiesta di uscita	7;38.89%
	Richiesta di fumo	8;44.44%
	Richiesta di utilizzo del denaro	0;0%
	Richiesta di doccia	0;0%
	Richiesta di ricevere una visita	1;5.56%
	Richiesta di utilizzo del cellulare	2;11.11%
	Porte chiuse a chiave	3;6.67%
	Mancanza di privacy	0;0%
	Eccessivi rumori	0;0%
	Insofferenza al ricovero e volontà di dimissione	13;28.89%
	Pazienti in regime di contenzione	8;17.78%
	Provocazione non specificata	

La maggior parte degli agiti violenti, si sono manifestati nei primi giorni di ricovero, con una maggioranza nel secondo giorno di ricovero pari a 25 (22.94%) casi. Inoltre, un solo paziente ha manifestato 7 agiti aggressivi, due pazienti hanno avuto un totale di 6 aggressioni, un paziente ha attuato 5 agiti, tre pazienti hanno avuto 4 agiti, tre pazienti ne hanno avuti 3 e undici pazienti ne hanno avuti 2. Tutti gli altri pazienti, 42 totali, hanno manifestato un solo episodio di aggressività nel periodo in studio.

Tra i fattori provocazionali relazionali, è risultata prevalente la presenza della sintomatologia al momento dell'aggressione (42.86%), in particolar modo in pazienti con diagnosi di psicosi paranoide (n=3), maniacalità/bipolarità (n=3) e dipendenza da sostanze (n=3). Nella Tabella 2 sono riportati i fattori provocazionali relazionali, organizzativi e di natura non specificata riscontrati nell'analisi dei dati.

Inoltre, il numero assoluto di aggressioni riportate a "sé stesso" sono state 18 totali nei casi di automutilazione, 26 casi di atti contro nessuno e contro gli oggetti. 65 agiti violenti sono stati messi in atto contro il personale ospedaliero, soprattutto contro gli infermieri con 18 casi, 8 casi contro gli operatori di supporto e 9 casi contro un proprio familiare.

Infine, gli interventi messi in atto sono stati raggruppati in cinque categorie. Nella stragrande maggioranza dei casi è stato tuttavia messo in atto l'intervento farmacologico (n=52), seguito poi dall'intervento fisico (n=24).

Non vi è un'associazione tra tipologia di aggressione e tipologia di intervento. L'intervento farmacologico ha conseguito infatti 26 casi di aggressività verbale e 26 casi di aggressività fisica. Allo stesso modo l'intervento fisico è stato attuato in 12 casi di aggressività verbale e 12 casi di aggressività fisica. L'intervento di tipo relazionale segue invece prevalentemente l'aggressione di tipo verbale, nel 66.66% dei casi (12 eventi su 18 totali).

DISCUSSIONE

Gli agiti aggressivi all'interno degli SPDC, come è stato sopra descritto, derivano da una moltitudine di fattori. Nel presente studio, viene reso noto come soprattutto i pazienti di sesso maschile tendono ad essere solo in leggera prevalenza più aggressivi (50.79%) rispetto alle pazienti di sesso femminile (49.21%). Questo dato è in disaccordo con la letteratura scientifica, secondo la quale gli uomini sarebbero più aggressivi (Biancosino, 2009). È pur vero che fra donne e uomini cambia il tipo di aggressività con la verbale maggiormente agita dal sesso femminile. Simile allo studio di Grassi et al. (2001), la maggior parte degli episodi si sono manifestati entro la prima settimana di ricovero con un'esponenziale maggioranza tra la prima (15.60%) e la seconda giornata di degenza (24.77%). Per quanto riguarda la distribuzione dei casi durante la giornata, si è registrata una prevalenza di casi durante il pomeriggio. Questo risultato è coerente con lo studio condotto da Bader et al. (2014), che evidenzia come le aggressioni si verificano maggiormente nel pomeriggio, ipotizzando come le frustrazioni delle prime ore della giornata continuino a fermentare ed intensificarsi nel tempo fino a un grave atto aggressivo. Il pomeriggio poi è di solito con attività ridotte. È importante anche sottolineare come durante la notte gli agiti siano prevalentemente correlati a provocazioni di tipo organizzativo (15 casi su 28). Tra questi, la maggior parte si sono registrati subito dopo la richiesta di uscita o di fumo da parte del paziente che non era condivisa dallo staff. In linea con la letteratura anche negli SPDC oggetto di indagine dei 63 pazienti coinvolti in incidenti violenti, 21 sono stati recidivi. Questi pazienti hanno rappresentato il 60.55% dei 109 agiti aggressivi identificati. Simile a Grassi (2001), il luogo nella quale si è verificato il maggior numero di agiti aggressivi è stato il corridoio del reparto (31.19%) seguito dalla camera del paziente o di altri degenti. Alcuni articoli, oltre che portare alla luce come la maggior parte degli agiti vengano attuati negli spazi comuni, fanno notare come gli eventi con maggior

intensità o di tipo "aggressione fisica", vengano messi in atto in preponderanza nella camera da letto del paziente (Podubinski, 2017).

Simile allo studio condotto da Steinert (1999), la diagnosi riscontrata maggiormente nei soggetti aggressori è stata in primo luogo la diagnosi di psicosi paranoide (disturbo psicotico paranoide, disturbo delirante e psicosi di tipo paranoide) nel 23.08% dei casi. Anche questo dato risulta essere concorde con quanto riportato nei dati registrati nello studio presente. Inoltre, tra i soggetti identificati come aggressori, alla quale è stato diagnosticato questo specifico disturbo, il 67% erano uomini (Bader, 2014; Daffern, 2002; Giarelli, 2018; Grassi, 2001; Nijman, 1999; Steinert, 1999; Zampieron, 2010).

Dai dati riportati, la categoria professionale maggiormente esposta agli agiti aggressivi risulta essere il personale infermieristico. A tal proposito si può supporre che questo sia dovuto al fatto, oltre alla maggiore numerosità degli infermieri, che il personale infermieristico imponi più frequentemente limiti e decisioni, avendo il maggior contatto con i pazienti, rispetto al resto del personale assegnato ai reparti ospedalieri di psichiatria (Li, 2020).

Se a tale prevalenza si associa il fatto che molti studi hanno riportato come gli infermieri tendono a non segnalare incidenti classificati "meno gravi", ad esempio le aggressioni verbali, e che al contrario segnalino più frequentemente gli incidenti ritenuti più gravi (Najafi, 2018), si potrebbe pensare quanto il fenomeno sia diffuso e sotto stimato. Alcuni studi hanno evidenziato relazioni significative tra variabili situazionali del reparto e rischio di comportamento violento (Partridge, 2017), come: mancanze di comunicazione tra staff e paziente, sovraffollamento, eccessivi rumori, errata illuminazione dell'ambiente, (Biancosino, 2009; Podubinski, 2017) attesa troppo lunga nei confronti di una richiesta del paziente e mancanza di informazione del paziente in merito agli obiettivi del ricovero. Tuttavia in questo studio non è stato possibile osservare questo tipo di variabili, in quanto dall'analisi della documentazione clinica dei pazienti

coinvolti, le variabili situazionali non erano state segnalate o prese in considerazione dal personale.

LIMITI

Il primo importante limite di questo studio osservazionale retrospettivo riguarda le ridotte dimensioni del campione di riferimento, dovute principalmente al breve periodo nella quale è stato deciso di condurre lo studio. Per avere dei risultati maggiormente significativi sarebbe stato necessario prendere in considerazione un periodo di tempo più ampio, con dei campioni più numerosi anche allargando il numero degli SPDC in senso multicentrico. Correlato a quanto sopra descritto le dimensioni del campione di alcuni cluster diagnostici sono state numerosamente piccole, pertanto non è possibile generalizzare il risultato. In secondo luogo, la frequenza dei comportamenti aggressivi, soprattutto quelli di minore gravità ed intensità, potrebbe essere stata non segnalata in quanto presumibilmente sottostimata. In terzo luogo i fattori provocazionali sia di tipo relazionale sia organizzativo, alla quale susseguono gli eventi oggetto di studio, potrebbero essere stati alle volte non segnalati.

CONCLUSIONI

Questo studio ha evidenziato come le caratteristiche degli incidenti aggressivi vengano alle volte influenzate dallo stato clinico dei pazienti, dalle relazioni tra i degenti, tra i degenti ed il personale e tra i degenti e i rispettivi familiari. Infatti, in molti casi l'aggressione viene scatenata dalla presenza della sintomatologia, come allucinazioni o deliri, ma anche in presenza di sintomatologia anche da regole e fattori organizzativi che il paziente non accetta e che contesta secondo modalità aggressive. Quindi spesso un intreccio di fattori psicopatologici e organizzativo-gestionali che andrebbero accuratamente analizzati e ripensati in un'ottica di prevenzione degli agiti aggressivi.

Il fenomeno delle aggressioni al personale sanitario è in preoccupante aumento e non dev'essere minimizzato, bensì monitorato, contrastato ed affrontato con decisio-

ne. La formazione del personale, diviene quindi punto cruciale nel scongiurare l'instaurarsi di un nuovo agito aggressivo, nel favorire il senso di fiducia degli operatori nell'affrontare tali situazioni, nell'educare il personale ad una corretta e precisa segnalazione degli eventi ed in fine, nel far sì che tutto il personale abbia le conoscenze e le competenze necessarie per prevenire, gestire e proteggere sé stessi ed i colleghi da atti di aggressione.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Corso di Laurea in Infermieristica di Feltre Università di Padova, Direttivo Società Scientifica di Scienze Infermieristiche in Salute Mentale (SISISM)*

° *Infermiera, residenza per anziani la Madonnina Bassano del Grappa (Vi)*

^ *Centro di Salute Mentale, Area 3, Modugno, ASL Bari, Italia. Direttivo Società Scientifica di Scienze Infermieristiche in Salute Mentale (SISISM)*

CORRISPONDENZA:

vitaleelsa@libero.it

BIBLIOGRAFIA

1. Grassi, L., Peron, L., Marangoni, C., Zanchi, P., & Vanni, A. (2001). *Characteristics of violent behaviour in acute psychiatric in-patients: A 5-year Italian Study*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(4), 273–279.
2. Hills, D. J. (2018). *Defining and classifying aggression and violence in health care work*. *Collegian*, 25(6), 607–612.
3. Hodgkinson, P. E., McIvor, L., & Phillips, M. (1985). *Attacchi di pazienti allo staff di un ospedale psichiatrico: Uno studio retrospettivo di due anni*. *Medicine, Science and the Law*, 25(4), 288–294.
4. Giarelli, E., Nocera, R., Jobes, M., Boylan, C., Lopez, J., & Knerr, J. (2018). *Exploration of Aggression/Violence Among Adult Patients Admitted for Short-term, Acute-care Mental Health Services*. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(2), 215–223.
5. Daffern, M., & Howells, K. (2002). *Psychiatric inpatient aggression: A review of structural and functional assessment approaches*. *Aggression and Violent Behavior*, 7(5), 477–497.
6. Bader, S., Evans, S. E., & Welsh, E. (2014). *Aggression Among Psychiatric Inpatients: The Relationship Between Time, Place, Victims, and Severity Ratings*. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*.
7. Barelli, Bosetti L., Casagrande A. (1998). *Il ruolo dell'infermiere fra contenzione e contenimento della crisi in SPDC: una esperienza di monitoraggio e prevenzione degli agiti aggressivi*.
8. Nijman, H. L. I. (2002). *A model of aggression in psychiatric hospitals*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(s412), 142–143.
9. Nijman, H. L. I., á Campo, J. M. L. G., Ravelli, D. P., & Merckelbach, H. L. G. J. (1999). *A Tentative Model of Aggression on Inpatient Psychiatric Wards*. *Psychiatric Services*, 50(6), 832–834.
10. Duxbury, J. (2002). *An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: A pluralistic design*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(3), 325–337.
11. Biancosino, B., Delmonte, S., Grassi, L., Santone, G., Preti, A., Miglio, R., de Girolamo, G., & Group, for the P.-A. (2009). *Violent Behavior in Acute Psychiatric Inpatient Facilities: A National Survey in Italy*. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(10), 772–782.
12. Podubinski, T., Lee, S., Hollander, Y., & Daffern, M. (2017). *Patient characteristics associated with aggression in mental health units*. *Psychiatry Research*, 250, 141–145.
13. Steinert, T., Wiebe, C., & Gebhardt, R. P. (1999). *Aggressive Behavior Against Self and Others Among First-Admission Patients With Schizophrenia*. *Psychiatric Services*, 50(1), 85–90.
14. Li, Y.-L., Li, R.-Q., Qiu, D., & Xiao, S.-Y. (2020). *Prevalence of Workplace Physical Violence against Health Care Professionals by Patients and Visitors: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1).
15. Najafi, F., Fallahi-Khoshknab, M., Ahmadi, F., Dalvandi, A., & Rahgozar, M. (2018). *Antecedents and consequences of workplace violence against nurses: A qualitative study*. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), e116–e128.
16. Partridge, B., & Affleck, J. (2017). *Verbal abuse and physical assault in the emergent department: Rates of violence, perceptions of safety, and attitudes towards security*. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 20(3), 139–145.

La riabilitazione psichiatrica Ai tempi del covid-19

Una riflessione a partire dall'esperienza del DSMD dell'ASST di Lodi

Scagliarini V.^{}, Fioletti B.[°], Bonazzi I.[^], Zaniboni F.[^].*

INTRODUZIONE

Come riportato in letteratura, i cambiamenti nell'ambito della Psichiatria, così come in tutte le altre discipline professionali sanitarie, tra cui quella della Riabilitazione psichiatrica, durante la pandemia da Covid-19, sono stati senza precedenti e, in un primo momento, senza chiare linee-guida cui fare riferimento (1).

L'ESPERIENZA DEL DSMD DELL'ASST DI LODI.

Essendo consapevoli dell'eterogeneità delle esperienze dei servizi lombardi che si sono occupati di riabilitazione psichiatrica ai tempi del Covid-19, si è scelto di raccontare l'esperienza del DSMD dell'ASST di Lodi per cui realizzare interventi strutturati, individuali e, successivamente, di gruppo, è stato come iniziare una gigantesca inaspettata partita con il *Cubo di Rubik*: al riordino di una faccia del cubo, per un lungo periodo, si è generato il caos nelle altre.

A seguito del necessario arresto delle attività quotidiane dei Servizi di Salute mentale nel momento di maggior contagiosità del virus (avvenuto nei mesi di febbraio, marzo e aprile 2020)(2) (3) si sono attuati, nel rispetto delle normative vigenti, interventi di natura individuale (se ritenuto opportuno, attraverso tele-riabilitazione), centrati, ad esempio, su abilità di base, cura del sé, ri-

socializzazione, gestione della salute mentale e fisica, *coping*, psicoeducazione, gestione dello stress generato dalla scorretta informazione, dal *surplus* mediatico, dalle chiusure, dalla paura del contagio o di contagiare, dall'isolamento, dalla convivenza stretta col nucleo familiare e più, in generale, sul mantenimento di uno stile di vita il più corretto possibile, in corrispondenza di un periodo storico caratterizzato da una pandemia.

A partire dal mese di maggio, in relazione alle modifiche reintrodotte dalle normative, le équipe hanno potuto iniziare una nuova partita, sfidate dal bisogno crescente di tornare alle modalità operative pre-Covid-19 e dalla necessità di creare nuove possibilità adattando le modalità e le tecniche di intervento canonico agli sconvolgimenti portati dalla pandemia.

Continuità del percorso di cura.

Il periodo di chiusura dei servizi, così come quella degli spazi pubblici sul territorio, ha impattato negativamente sugli utenti con disagio psichico incidendo sul rischio di eventuali peggioramenti della sintomatologia e di ricadute, oltre che sull'andamento del proprio percorso di cura, delle abilità sociali e dei livelli di resilienza e fiducia in se stessi (4). Certi di questo, d'altronde, non sarebbe stato possibile pensare ad altre misure, soprattutto in una fase iniziale, o ad eventuali graduali riaperture, nei mesi

seguenti, senza tenere da conto il grado di vulnerabilità degli utenti rispetto al Covid-19 in termini di elevati rischi di sviluppare comorbidità con patologie respiratorie, cardiovascolari e metaboliche; di età; di deficit in ambito cognitivo, comportamentale e sociale che avrebbero potuto in qualche misura interferire con le normative correnti del vivere quotidiano con il Coronavirus (5).

Incertezza.

La limitata conoscenza del virus ha generato una diffusa incertezza sulla natura della malattia, sulla sua diffusione, sulla sua portata e sul suo impatto recando un disagio crescente in tutta la popolazione, inclusi utenti e operatori dei servizi di Salute mentale, anche fra coloro che non sono stati direttamente esposti alla malattia. Risposte disfunzionali, a obblighi, restrizioni e chiusure, rilevate da differenti studi, son state, ad esempio, angoscia; frustrazione; noia; irritabilità; percezione di un carico eccessivo; senso di perdita della libertà, del ruolo e della speranza; stati d'ansia, depressione, stress post-traumatico; diminuzione della percezione della sicurezza; rabbia; paura, sospettosità fino alla stigmatizzazione; isolamento; crescente preoccupazione per la propria salute e i sintomi fisici, con maggior ricorso all'assistenza sanitaria dovuta a timori del contagio; uso o abuso di alcol, sostanze o tabacco; perdita della routine abituale con disturbi del sonno; disordini alimentari; alterazione equilibrio tra attività lavorativa (intesa anche in termini di attività riabilitative svolte presso i Servizi di Salute mentale) e vita privata; conflittualità familiare per elevata emotività espressa; agiti auto e etero-aggressivi, più o meno gravi. In tal senso, gli operatori sanitari si sono impegnati, fin dalle prime fasi della pandemia, a raccogliere informazioni aggiornate, credibili e affidabili sul suo andamento e a comunicarle in tempo reale, in modo chiaro e comprensibile; a correggere eventuale disinformazione; a monitorare l'esposizione ai media; promuovere interventi di psicoeducazione e, più in generale, interventi atti a sostenere, nel rispetto delle normative, i pazienti e i loro familiari (6) (7) (8).

Contagio.

In un'ottica più allargata, ogni utente e ogni operatore, hanno scelto, secondo la propria sensibilità rispetto alla tematica Covid-19, e, nello specifico degli operatori sanitari, secondo la propria etica professionale, di continuare o meno a fare attività, individuali e, quando possibile, in piccolo gruppo, in presenza e, nel caso specifico delle famiglie di origine, di essere di supporto al proprio congiunto nella ripresa della vita di comunità, vivendo e condividendo il senso di incertezza dato dal rischio di essere contagiato e/o di poter contagiare. Ancora una volta in accordo, gli operatori hanno garantito il rispetto di regole e normative, hanno approfondito i propri saperi in materia pandemica, son stati rassicurati e hanno rassicurato, hanno gestito paure, senso di solitudine, timori, propri e altrui, son state accoglienti nei confronti della capacità della tematica Covid-19 di permeare le membrane del *setting* di lavoro gruppale ed individuale, si son mostrati fermi negli intenti e fiduciosi nei Servizi, negli utenti e nel rispettivo operato.

Presenza.

A seguito della dimostrata efficacia della tele-medicina (9) (10) (11), così come della tele-riabilitazione (12) (13), i professionisti hanno valutato, in base alla tipologia di utenza coinvolta, alle abilità strumentali, alle risorse disponibili, alle caratteristiche del *setting* abitativo, alla presenza di familiari conviventi, al tipo di attività proposta, alla possibilità di garantire l'uscita dall'isolamento abitativo per il raggiungimento di spazi di cura, se procedere lavorando a distanza, seguendo le linee-guida disponibili (attraverso l'uso di telefoni, cellulari, e-mail, applicazioni di messaggistica istantanea, computer dotati di piattaforme per video-conferenze), o, appena possibile, riprendendo in presenza. In quest'ultimo caso, si è reso necessario l'aumento dell'attenzione, da parte di tutti gli operatori sanitari, rivolta alla corretta igiene degli ambienti (ad esempio, areazione frequente, trattamento superfici di contatto con soluzione alcolica), degli strumenti

adoperati (ad esempio, kit ad uso personale o frequente utilizzo di gel per le mani e spray alcolici per le superfici) e degli utenti (ad esempio, interventi per incrementare la cura del sé, ricordare di evitare di toccarsi faccia, naso, occhi con le mani non lavate, curare la procedura per il lavaggio mani, con sapone o soluzione gel, cambiare mascherina, realizzare triage comprendente monitoraggio temperatura corporea e compilazione dichiarazione di non contatto diretto con persone positive al Covid-19, di esiti di tamponi eseguiti, di eventuali sintomi respiratori e gastrointestinali, disturbi all'olfatto e al gusto), nell'ottica di ridurre la possibilità di contagio e di rendere lo stare in presenza il più sicuro possibile, sia durante le attività sia durante le pause sia durante i momenti di tempo libero o attività quotidiane.

Distanziamento.

Con l'intento condiviso di svolgere le attività, individuali e gruppali, in presenza, si sono valutate tutte le possibilità logistiche, compresa quella di svolgere l'attività in spazi all'aperto, attrezzandoli in modo adeguato. Dopo un periodo di ricerca e validazione delle varie opzioni, si è scelto di riprendere in presenza, assicurando il rispetto del distanziamento sociale e dell'obbligo dell'utilizzo dei presidi, al chiuso. Si è reso necessario, quindi, ad esempio, scindere i gruppi più numerosi, in sottogruppi, comunicare in modo comprensibile a tutti le nuove regole del *setting* e fornire spunti utili a incentivarne il rispetto (ad esempio, disposizione sulle sedie di cartelli con la scritta "Qui non mi siedo", indirizzare gli utenti per evitare assembramenti e monitoraggio di eventuali contatti sociali, come lo stringersi la mano).

Organizzazione.

Dividendo i gruppi originari in sottogruppi e scegliendo di lavorare in parallelo, è stato richiesto da parte degli operatori sanitari, in un momento storico in cui il carico di lavoro quotidiano era già nettamente aumentato così come il livello di stress associato, un maggior numero

di ore da dedicare, nello specifico, alla realizzazione di interventi di riabilitazione sia in termini di tempi legati alla conduzione, sia di progettazione, sia di preparazione personale, sia di formazione che di supervisione. Uno sforzo condiviso che ha richiesto un aumento delle energie investite anche per la gestione di imprevisti legati a: interruzioni dettate dai decreti; sospensioni per esiti positivi dei tamponi degli utenti coinvolti nelle attività o di quelli degli operatori; riorganizzazione e riprogettazione delle attività in base al modificarsi di differenti normative vigenti legate alla diversa natura dei servizi di provenienza degli utenti e degli operatori coinvolti. Sulla base di quanto premesso, quindi, si è resa necessaria l'introduzione di alcuni adattamenti alla struttura manualistica delle attività proposte dettati, ad esempio, dall'esigenza di: ridurre il grado di sollecitazione degli utenti in gruppo che, numericamente ridotti, sarebbero stati troppo sotto pressione mantenendo invariato il precedente piano delle sessioni; sollecitare la motivazione dell'utente alla partecipazione, ad esempio attraverso colloqui individuali, a causa del susseguirsi di sospensioni più lunghe, sia per eventuali ricadute legate alla psicopatologia sia per l'isolamento richiesto dalla positività dei tamponi di pazienti e/o operatori; mantenere il *focus* sulla possibilità futura di poter ricostruire i gruppi originali lavorando sui sottogruppi parallelamente; condividere quanto osservato, monitorare l'andamento e stabilire, se necessario, strategie condivise per la risoluzione di eventuali problemi o criticità programmando un maggior numero di supervisioni, in presenza o a distanza; veicolare livelli maggiori di intimità, profondità, vicinanza, apertura, cura, attenzione, riscoperta, appartenenza, apprendimento e sperimentazione, consentiti dal lavoro in piccoli gruppi, dando la possibilità di riconoscere risorse e ruoli inaspettati; avere un maggior supporto, grazie al lavoro di rete, da parte del rispettivo Servizio di provenienza, che ha saputo dimostrare grandi capacità di adattamento, flessibilità e resilienza.

In conclusione, crediamo sia possibile sostenere che finché l'epidemia non verrà dichiarata a tutti gli effetti conclusa, non sarà possibile deporre le armi sfoderate durante i recenti tempi avversi o abbassare il livello di guardia. Saranno pertanto, ancora necessarie, per il prossimo futuro, insieme al sapere integrato dell'équipe, flessibilità, sforzo, energia, tenacia, determinazione, curiosità, fiducia, creatività, speranza, presenza, passione, al fine di assicurare il mantenimento di interventi riabilitativi efficaci ed efficienti anche nel futuro più prossimo.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Tecnico della riabilitazione psichiatrica, collaboratore Lib.Prof.
presso ASST DI LODI e ASST Fatebenefratelli Sacco di Milano;*

° *Membro Direttivo Nazionale ATS AITERP,
formatore e formazione in arte terapia;*

^ *Educatore professionale-ASST di Lodi.*

BIBLIOGRAFIA

1. I.Guan, N.Kirwan, M.Beder, M.Levy, S.Law. *Adaptations and Innovations to Minimize Service Disruption for Patient with Severe Mental Illness during COVID-19: Perspectives and reflections from an Assertive Community Psychiatry Program*. Community Mental Health Journal, Springer Nature 2020.
2. M.Percudani, M. Corradin, M.Moreno, A.Indelicato, A. Vita. *Mental Health Services in Lombardy during COVID-19 outbreak*. Psychiatry Research 288 (2020)112980.
3. G.de Girolamo, G.Cerveri, M.Clerici, E.Monzani, F. Spinogatti, F.Starace, G.Tura, A.Vita. *Mental Health in the Coronavirus Disease 2019 Emergency-The Italian Response*. JAMA Psychiatry. Settembre 2020. Volume 77, number 9.
4. S.K.Chaturvedi. *Covid-19, Coronavirus and Mental Health Rehabilitation at times of crisis*. Springer Nature India Private Limited 2020.
5. A.Chevance, D.Gourion, N.Hoertel, PM Llorca, P.Thomas, R.Bocher, MR Moro, V.Laprévote, A.Benyamina, P.Fossati, M.Masson, E.Leaune, M.Leboyer, R.Gaillard. *Ensuring mental health care during the SARS-CoV-2 epidemic in France: A narrative review*. L'encéphale 46(2020)193-201.
6. Center for the study of traumatic stress. Department of Psychiatry. *Prendersi cura dei pazienti durante l'epidemia di Coronavirus: Una guida per psichiatri*. (Traduzione a cura di G.Soro).
7. Center for the study of traumatic stress. Department of Psychiatry. *Effetti psicologici della quarantena durante l'epidemia di Coronavirus: che cosa devono sapere gli operatori*. (Traduzione a cura di G.Soro)
8. G.Serafini, B.Parmigiani, A.Amerio, A.Aguglia, L.Sher, M. Amore. *The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population*. QJM:An international Journal of medicine, 2020,529-535.
9. Deepak Jayarajan, Thanapal Sivakumar, JB Tourous, Jagadisha Thirtalli. *Telerehabilitation in Psychiatry*. Indian Journal of psychological medicine, vol.42,Supplement Issue, October 2020.
10. T.Molfenter, T.Heitkamp, A.A.Murphy, S.Tapscott, S. Behlman, O.J.Cody. *Use of telehealth in Mental Health Services during and after COVID-19*. Community Mental Health Journal, Springer.
11. S.L.Kopelovich, M.Monroe-DeVita, B.E.Buck, C. Brenner, L.Moser, L.F.Jarskog, S.Harker, L.A. Chwastiak. *Community Mental Health Care delivery during the COVID-19 pandemic: practical strategies for improving care for people with serious mental illness*. Community Mental Health Journal, Springer.
12. Associazione Italiana Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica. Gruppo di lavoro: MG. Angelilli, V. De Lorenzo, V. Di Ludovico, M. Di Matteo, R.Famulari, M. Melo, F.Mondelli, MF. Neroni, F.Russo, V.Salvatore, A. Salza. *Teleriabilitazione: indicazioni per i Tecnici della Riabilitazione psichiatrica*. Versione giugno 2020. A.I.Te.R.P.
13. Fioletti B.. *Online "In arte terapia"*. Ar-tè. Quaderni italiani delle artiterapie, numero 14, dicembre 2020.

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
 1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

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

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

Mauro Percudani e Massimo Clerici

Segretario:

Carlo Fraticelli

Vice-Segretario:

Giovanni Migliarese

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli

Consiglieri eletti:

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

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

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

Membri di diritto:

Claudio Mencacci
Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni