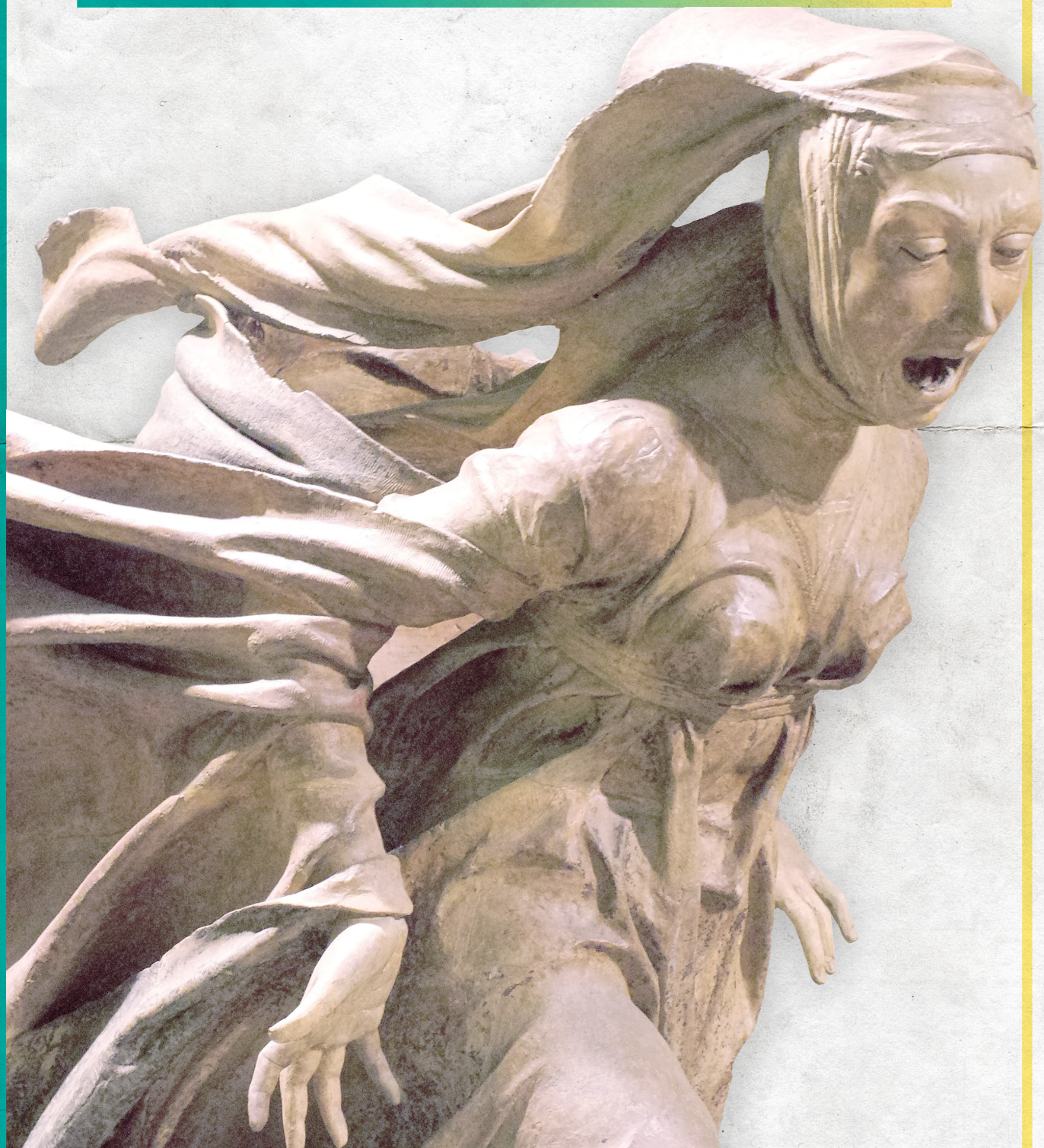




PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

AnnoXXXV • n. 1 • gennaio–giugno

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 Aroasio (Voghera)
Carla Morganti (Milano Niguarda)
Federico Durbano (Melzo)
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)
Camilla Callegari (Varese)
Antonio Magnani (Mantova)
Laura Novell (Bergamo)
Pasquale Campajola (Gallarate)
Giancarlo Belloni (Legnano)
Marco Toscano (Garbagnate)
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 Stati mentali a rischio: traiettorie diagnostiche e trattamentali
di Cerveri G.

13 Verso un Agenzia Nazionale per la Salute Mentale
di Mencacci C.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

16 Documento di consenso AcEMC, CNI-SPDC, SIP-Lo, SITOX sulla valutazione e il trattamento del paziente adulto con disturbo comportamentale acuto in Pronto Soccorso
di Paolillo C., Lerza R., Casagrande I., Bondi E., Fraticelli C., Cerveri G., Lonati D., Petrolini V., Locatelli C.

20 Un modello per il trattamento dei disturbi psichiatrici comuni: oltre un decennio di attività dell'ambulatorio per l'ansia e la depressione della Psichiatria Varese
di Caselli I., De Leo A., Isella C., Montagnoli M., Finotti P., Bellini A., Ielmini M., Callegari C.

28 Il progetto adolescenza, disagio giovanile, territorio
di Cerati G., Belloni G., Parola L., Violino A., Colombini C.

37 Applicazione del modello della coalizione comunitaria in un servizio di salute mentale per i giovani: la Coalizione Comunitaria CPS Giovani-Contatto
di D'Avanzo B., Cerri A., Barbera S., Righetti T., Percudani M.

45 Il conflitto in Ucraina come possibile fattore di rischio per riacutizzazione psicotica: un caso di psicosi puerperale in giovane donna di origine ucraina
di Grecchi A., Beraldo S., Cigognini A.C., Maresca G., Minagoli P.

49 Vivere all'altezza di morte
Note cliniche sulla connessione tra trauma infantile, PTSD legato a traumasmi bellici e sua riattivazione a distanza
di Leali P., Barbieri S., Capra B., Aroasio P.L.

60 Inclusione territoriale di migranti forzati con disagio psichico. Implementazione di un modello sperimentale di interventi integrati per la diagnosi precoce, abilitazione e riabilitazione.
di Leon E., Miragliotta E., Colmegna F., Clerici M.

71 Esiti del progetto aMl città: budget di salute di comunità
di Morganti C., Porcellana M., Baldan L., Biancorosso C., Canton S., Cerri A., Fontana R., Lanzo F. R., Macchia P., Malchioldi F., Codazzi L., Motto D., Savino C., Vairelli F., Zanobio A., Percudani M.

81 Ogni cura ha una storia
di Rabboni M.

LETTERE ALLA REDAZIONE

88 L'agonia della psichiatria di Eugenio Borgna
di Giannelli A.

90 Ugo Cerletti nel secolo breve
di Patriarca C.

IN COPERTINA: *Compianto sul Cristo morto di Niccolò dell'Arca, 1463-1490*
Chiesa di Santa Maria della Vita, Bologna
© Paolo Villa VR / Wikimedia Commons / CC BY-SA 4.0

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

AnnoXXXV • n. 1 • gennaio–giugno

CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

96 CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.
SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE
INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE
**L'assistenza infermieristica
all'adolescente con disagio psichico
in sþdc: validazione di uno strumento
d'indagine esplorativa**
*di Merlini R., Vescovi A.G., Scaburri A.
Galbiati G.*

114 CONTRIBUTO AITERP
ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA
RIABILITAZIONE PSICHIATRICA
E PSICOSOCIALE
**Stato dell'arte e storia della professione
del Tecnico della Riabilitazione
Psichiatrica**
di Fioletti B., Casella N., Scagliarini V.

SEZIONE TECNOLOGIA IN PSICHIATRIA

119 Nuove tecnologie in psichiatria: tra
teoria e pratica
*Uno sguardo sul presente e sul prossimo
futuro. Le opportunità e i rischi dello
sviluppo tecnologico*
di D'Agostino A., Migliarese G.

123 Nuove tecnologie in psichiatria e pratica
clinica. Una riflessione critica
di Alamia A.

126 Telemedicina in Psichiatria: il progetto
COD₂₀ (Cure Ospedaliere Domiciliari)
di Palazzo M.C.

131 La personalizzazione dei trattamenti
psicofarmacologici in psichiatria:
focus sui test farmacogenetici
di Callegari C., Ielmini M.

135 Stranger things: un'analisi delle
prospettive future in psichiatria
di Olivola M.

SEZIONE PSICHIATRIA FORENSE

145 La paura del salnitro
*Storia delle Misure di Sicurezza e caso
della signora MM*
*di Grasso F., Bonizzoni M., Paletta S.,
Vercesi M.*

153 Le REMS e i problemi di sicurezza
di Mantovani L., Mantovani R.



Documento di consenso AcEMC, CNI-SPDC, SIP-Lo, SITOX sulla valutazione e il trattamento del paziente adulto con disturbo comportamentale acuto in Pronto Soccorso

Paolillo C. , Lerza R.* , Casagrande I.* , Bondi E.°, Fraticelli C.°, Cerveri G.§ , Lonati D.^ , Petrolini V.^ , Locatelli C.^*

INTRODUZIONE

Il disturbo comportamentale acuto è una presentazione clinica caratterizzata da un quadro di agitazione che può manifestarsi con una serie poliedrica di alterazioni emotive, ideative e motorie: minacciosità, rabbia, intimidazione, impulsività e scarsa cooperazione. A genesi multifattoriale, riconosce influenze biologiche, psicologiche, familiari e ambientali. In generale la probabilità di alterazioni comportamentali e violente aumenta con il numero dei fattori di rischio. Il decorso del disturbo comportamentale è generalmente instabile nel tempo e può sfociare in aggressività verbale e/o fisica. (Sheperd, 2001). Rappresenta senza dubbio una situazione di emergenza in ambito clinico la cui gestione richiede procedure di intervento che implicano la stima delle risorse del paziente e dell'ambiente, una puntuale valutazione del rischio, un attento bilanciamento tra rischi e benefici delle scelte terapeutiche, nel contesto più generale di una presa in carico complessiva nelle diverse fasi diagnostico-

terapeutiche. In particolare in assenza di una gestione appropriata si determina facilmente un'escalation che può condurre rapidamente ad un'esacerbazione con alto rischio di agiti.

È importante chiarire che ci si riferisce ad un complesso sintomatologico e non ad un'entità nosografica. Le cause scatenanti possono essere le più disparate (Gregory et al., 2004; Stowell et al., 2012; Bellelli et al., 2017):

- patologie organiche: neurologiche, neurochirurgiche, disturbi metabolici, infezioni, disturbi cardiaci.
- patologie psichiatriche: disturbi dell'umore, disturbi psicotici, disturbi della condotta, disturbi di personalità, discontrollo degli impulsi, disturbi del neurosviluppo,
- quadri derivanti da abuso o intossicazione di sostanze o da astinenza.

Secondo i dati pubblicati dal Ministero della Salute il numero di accessi ai Pronto Soccorso (PS) italiani per patologie psichiatriche nel 2020, (e tra questi anche i disturbi comportamentali acuti) rappresentava il 3,2% del totale (Di Cesare et al., 2021). E' verosimile che le condotte di abuso da sostanze, ricomprese nelle emergenze psichiatriche e comportamentali in PS, siano sottovalutate. Rappresentano un fenomeno in crescita e ad alta complessità clinica e gestionale, per le modalità di presentazione spesso caratterizzate da agitazione e aggressività, accanto alle problematiche medico-tossicologiche (Chanmugam et al., 2013)

L'ambiente del PS spesso caotico e ad alta emotività, il primo contatto non sempre immediato e produttivo, la scarsa formazione degli operatori sono tutti fattori che possono esacerbare lo stato di agitazione. Un inquadramento immediato, d'altra parte, non è per nulla

semplice: capire quando ci si trovi di fronte ad un disturbo “funzionale” o ad un soggetto il cui stato di agitazione è primariamente sostenuto da una patologia organica richiede organizzazione, tempo, impegno ed esperienza.

La stessa valutazione psichiatrica in PS è un momento critico: il rischio di delegare frettolosamente allo Psichiatra un disturbo comportamentale acuto è alto. Lo Psichiatra a sua volta ha un campo definito di competenze ed allo stesso tempo è costretto a valutare quadri clinici che richiedono raccordi anamnestici complessi.

Una survey AcEMC condotta nel 2016 tra medici ed infermieri di PS evidenziò una seria difficoltà nel saper riconoscere un paziente affetto da disturbi psichici acuti e ancor più nel saper individuare un paziente a rischio di un comportamento lesivo. Nel 50% dei casi non veniva effettuata routinariamente una valutazione clinica che escludesse una causa organica. IL 60% degli intervistati riteneva poco adeguata la propria conoscenza circa l'utilizzo dei farmaci per il trattamento di un disturbo comportamentale acuto. A fronte di una non adeguata preparazione veniva evidenziata una sostanziale difformità di atteggiamenti in merito all'utilizzo di percorsi, spazi e risorse.

La complessità del paziente con un disturbo com-

portamentale acuto in PS richiede spesso un approccio multidisciplinare che a tutt'oggi, purtroppo, non sempre è ben codificato.

Il rationale del documento è di uniformare l'organizzazione, la valutazione e la gestione del paziente adulto con disturbo comportamentale acuto in PS.

METODO DI LAVORO

Questo documento di consenso è stato prodotto da un network di società scientifiche italiane. E' stato costituito un team ad hoc nominato dai Presidenti e dai Board delle rispettive Società Scientifiche. È stata effettuata una revisione di linee guida nazionali ed internazionali e raccomandazioni di società scientifiche (National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care, 2005; Australian College for Emergency Medicine, online; Chauvin et al., 2021; American College of Emergency Physicians, 2021)

Successivamente i membri del gruppo hanno prodotto un primo draft del documento che è stato distribuito alle Società Scientifiche per una valutazione e revisione. Il documento finale così come prodotto è stato approvato all'unanimità dalle società scientifiche,

1. Il disturbo comportamentale acuto in Pronto Soccorso	In Pronto Soccorso ogni individuo con disturbo comportamentale acuto ha diritto ad un accesso tempestivo e a un'assistenza appropriata. L'urgenza comportamentale, indipendentemente dalla causa scatenante (organica, psichiatrica o tossicologica) deve ricevere trattamenti di alta qualità, multidisciplinari, <i>evidence based</i> e strutturati al pari delle altre urgenze.
2. Organizzazione	Il Pronto Soccorso si deve preparare ad accogliere le emergenze comportamentali allestendo spazi adeguati e attrezzati, formando il personale e favorendo la presa in carico da parte di medici e infermieri del Pronto Soccorso. È fondamentale l'integrazione precoce con psichiatri e tossicologi (Centro Antiveleni), nonché con altri consulenti da coinvolgere al bisogno, come pure con i servizi sociali e le Forze dell'Ordine e personale addetto alla sicurezza. È auspicabile l'organizzazione di lavoro per <i>team</i> sulla base dei bisogni.
3. Gestione del paziente agitato, violento e a rischio di violenza	Il paziente agitato, violento o a rischio di violenza è un paziente critico ad alto rischio per la complessità della gestione clinica e ambientale. In quanto tale, gli vanno assicurate tutte le cure e l'assistenza adeguate. Interventi relazionali di <i>de-escalation</i> , trattamenti farmacologici (tranquillizzazione) e, se necessarie, misure di contenzione vanno attuati precocemente, rispettando la dignità del paziente e attenendosi a percorsi specifici che ogni Ospedale deve predisporre.

4. Clearance medica	Lo screening medico (clearance) è una valutazione clinica di competenza del Medico d'Urgenza che ha lo scopo di escludere che il disturbo comportamentale acuto possa essere causato o esacerbato da una causa organica, da farmaci o dall'utilizzo di droghe/sostanze psicoattive o da condizioni astinenziali.
5. Urgenza psichiatrica	Il paziente che giunge in Pronto Soccorso per un disturbo psichiatrico acuto è un paziente complesso e ad alto rischio di un <i>outcome</i> sfavorevole. Lo psichiatra, chiamato a lavorare all'interno del team, si fa carico degli interventi di sua competenza, favorendo procedure coordinate, efficaci e sicure.
6. Urgenza tossicologica	Il paziente con sospetta intossicazione/effetto avverso da farmaci/astinenza deve ricevere diagnosi e cure appropriate avvalendosi dell'ausilio della consulenza specialistica del Centro Antiveneni di riferimento, con la disponibilità di accertamenti diagnostici atti a identificare gli agenti causali più frequenti e pericolosi.
7. La gestione in team del paziente con disturbo comportamentale	Data la complessità, i pazienti con disturbi comportamentali acuti vanno presi in carico da un <i>team</i> di professionisti costituiti dal medico d'urgenza, dall'infermiere del pronto soccorso, dallo psichiatra ed eventualmente dal tossicologo. Il medico d'urgenza dopo aver effettuato la clearance medica e tossicologica, se necessario, si avvale anche nella fase di stabilizzazione e in base al sospetto clinico delle competenze degli altri membri del <i>team</i> , condividendo sia le scelte terapeutiche che le disposizioni e i percorsi.
8. Boarding	Il fenomeno del boarding è inaccettabile per questi pazienti, perché peggiorativo dell' <i>outcome</i> . Una volta stabilizzati e condivisa la necessità di ricovero, i pazienti vanno inviati precocemente verso la destinazione prescelta riducendo al minimo possibile i tempi di permanenza in Pronto Soccorso.
9. Assistenza in sicurezza clinica e ambientale	È misura prioritaria garantire la protezione adeguata del Paziente, degli altri utenti, degli operatori e della struttura mediante collaborazione predisposta con le Forze dell'Ordine e personale addetto alla sicurezza.
10. Aspetti organizzativi e strutturali	Responsabilità delle Direzioni Sanitaria e Aziendale è garantire formazione, procedure, adeguamento strutturale e organizzazione.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* (AcEMC) *Academy of Emergency Medicine and Care*

° (CNI-SPDC) *Coordinamento Nazionale Italiano Servizi*

Psichiatrici di Diagnosi e Cura

§ (SIP-Lo) *Sezione Regione Lombardia della Società Italiana di*

Psichiatria

^ (SITOX) *Società Italiana di Tossicologia*

CORRISPONDENZA

alberto.alamia@assl-lariana.it

BIBLIOGRAFIA

1. Sheperd J. (ed) *Violence in health care. Understanding, preventing and surviving violence. A practical guide for health professionals*. Second edition. Oxford: Oxford University Press, 2001
2. Gregory R.J., Nihalani N.D., Rodriguez E. *Medical screening in the emergency department for psychiatric admissions: a procedural analysis*. Gen Hosp Psychiatry 2004;26:405-10.
3. Stowell K.R., Florence P., Harman H.J., Glick R.L., et al. *Psychiatric evaluation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Psychiatric Evaluation Workgroup*. West J Emerg Med 2012;13:11-6.
4. Bellelli G., Morandi A., Trabucchi M., Caironi G., et al. *Italian intersociety consensus on prevention, diagnosis, and treatment of delirium in hospitalized older persons*. Eur Geriatr Med 2017;8:293-8.
5. Di Cesare M., Magliocchetti N., Romanelli M., Santori E. *Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). Ministero della Salute, ottobre 2021*. Disponibile sul sito: https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3081
6. Chanmugam A., Milzman D., Bone C., Soe-Lin H. *Managing substance abuse in the acute setting*. In: Chanmugam A., Triplett P., Kelen G. (eds) *Emergency Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2013.
7. National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care (UK). *Violence: The Short-Term Management of Disturbed/Violent Behaviour in In-Patient Psychiatric Settings and Emergency Departments*. London: Royal College of Nursing (UK); 2005.
8. Australian College for Emergency Medicine. *Mental Health in the Emergency Department. Consensus Statement*. Disponibile sul sito: <https://acem.org.au/Content-Sources/Advancing-Emergency-Medicine/Better-Outcomes-for-Patients/Mental-Health-in-the-Emergency-Department/>
Mental-Health-in-the-Emergency-Department-Consensus
9. Chauvin A., Massoubre C., Gil-Jardine C., Sicot R., et al. *Clinical practice recommendations on the management of the adult patient with psychiatric presentation in emergency facilities*. [Recommandations de pratique clinique sur la prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgences.] [Article in French] Ann Fr Med Urgence 2021;11:184-98.
10. American College of Emergency Physicians. *Adult Psychiatric Emergencies*. Policy statement of American College of Emergency Physicians. Ann Emerg Med 2021;77:e121-6.

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