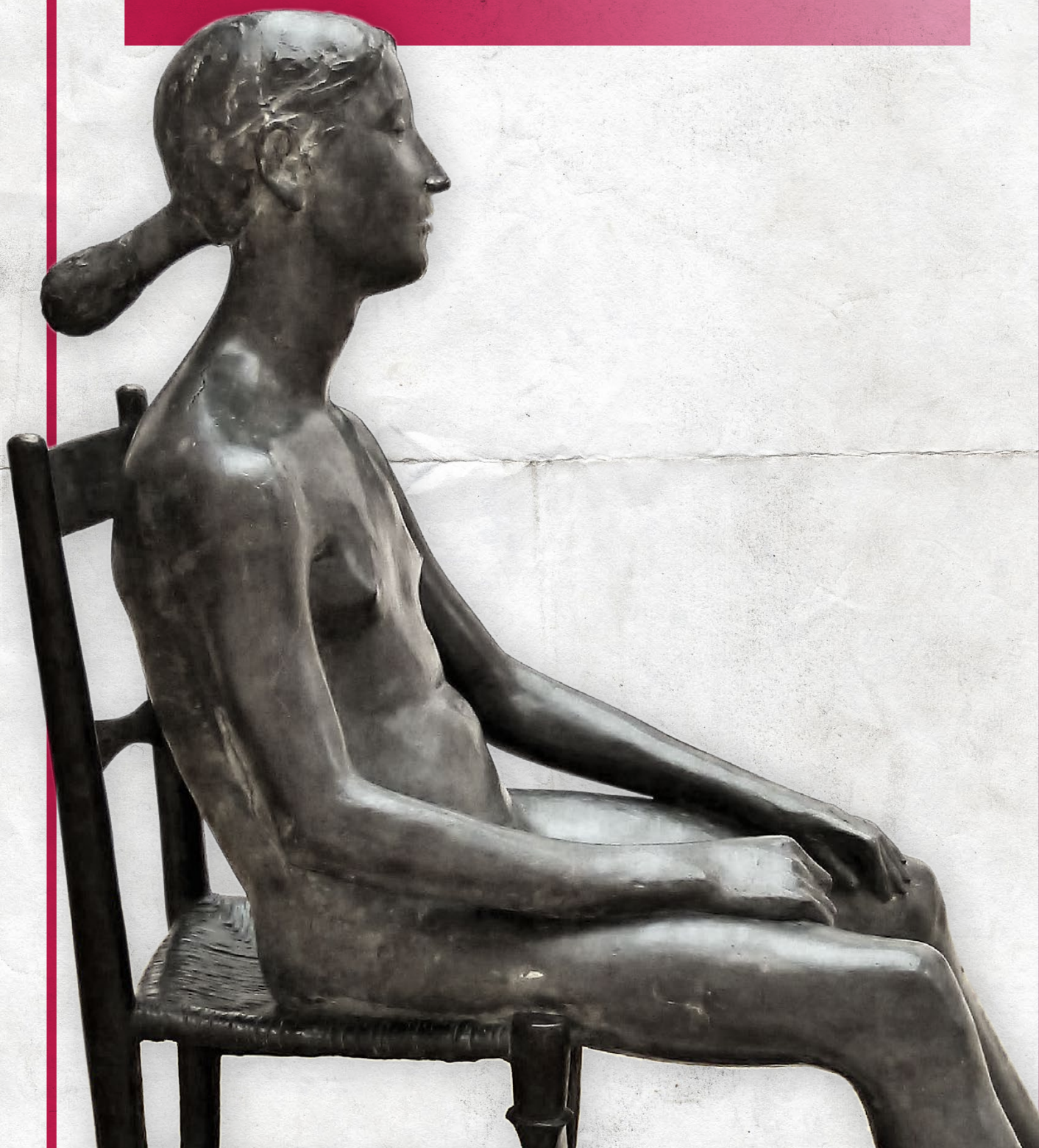




PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

Anno XXXVI • 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 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 (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)

Responsabile Comunicazione Digitale:
Federico Grasso (Lodi)

Art Director:
Paperplane snc

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

COMUNICAZIONE AI LETTORI

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

EDITORE:

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

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

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter
attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

IN PRIMO PIANO

- 4** La difesa del diritto alla cura per i soggetti affetti da patologia psichiatrica di Cerveri G.
- 9** Proposta di programma per la Salute Mentale in Regione Lombardia Documento Congiunto CPPL-SIPLO-SIP
- 11** "Uscire dal convento" per andare verso una psichiatria postnormale di Toscano M.
- 14** Chi pensa alla salute mentale oggi? di Vender S.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

- 21** La sperimentazione del Budget di salute dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano di Ferrario S., Grecchi A., Alaia M., Bordonaro V., Caccia A., Pisciotto G., Raguso V., Miragoli P.
- 26** Gli Interventi Assiſiti con gli Animali nei contesti psichiatrici di Guarisco C., Paganini M.A., Suter R.
- 34** "Piacere di conoscerti" Progetto pilota di Intervento Assiſito dall'Animale in contesto grupale dedicato agli utenti dei CPS afferenti al Progetto Giovani di Luchetta G.A., Collodello S., Carnevali S., Durbano F.
- 43** Emergenza Chemsex Mpdv, sessualità e rischio psicopatologico di Pinamonti H., Clerici M.
- 61** Percorsi intensivi territoriali di riabilitazione psicosociale con la metodologia del Budget di Salute: il Piano Urbano 2022-2024 di Polizzi M., Massarotto F., D'Avanzo B., Perillo A., Porcellana M., Morganti C., Percudani M.
- 68** Dai "percorsi di cura integrati per i minori autistici e le loro famiglie" alla visione inclusiva e continuativa dell'autismo del progetto "per.V.In.C.A" di Resi C., Quintini T., Contini R., Chiominto I., Cerveri G.

PSICHIATRIA FORENSE

- 74** L'attualità: ragione e sentimento in materia di esecuzione penale dei pazienti autori di reato. di Amatulli A.
- 81** Prospettive e limiti della gestione del paziente forense tra "territorio" e "giustizia" di Provenzi M., Lagazzi M., Di Forti C.L., Affaticati L., Carrara G., Crespi G., Viganò D., Clerici M.
- 86** La detenzione domiciliare a persona affetta da gravi problematiche psichiatriche di Mantovani R. e Mantovani L.

CONTRIBUTI DA ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

- 88** CONTRIBUTO AITERP – ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA (ATS)
The world forgetting, by the world forgot
Un passo indietro...tre in avanti.
Una riflessione riabilitativa sulla condizione di Abelardo ed Eloisa di Fossati E.M., Racioppi L., Scagliarini V.
- 92** CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.
IPronto soccorso psichiatrico ad accesso diretto in psichiatria: evoluzione o involuzione? Uno studio qualitativo di De Paola T., Romano F., Elsa V.

ANGOLO DELLA REDAZIONE

- 104** La vita del mondo che verrà di Giannelli A.
- 110** Sindrome della rassegnazione: uno sguardo alla complessità di Pantalone A.
- 115** Rosalba Terranova Cecchini
Una vita per la psichiatria e la transcultura di Aliverti M.

Pronto soccorso psichiatrico ad accesso diretto in psichiatria: evoluzione o involuzione?

Uno studio qualitativo

Carlo Alberto Camuccio, Zara Silvia**

ABSTRACT

Introduzione. Il trattamento della persona affetta da disturbo psichico che si reca in Pronto Soccorso rimane ad oggi una problematica esistente all'interno delle aziende sanitarie. Seguendo numerose esperienze estere, vi sono varie proposte di istituire delle strutture dedicate, dei PS specializzati, degli ambulatori oppure dei fast track o l'accesso diretto in SPDC. Se da un lato ci sono delle esigenze clinico-organizzative che spingono in questo verso dall'altra vi sono molte perplessità che questo tipo di soluzioni non siano per le persone affette da disagio psichico controproducenti e pericolose in termini di salute e di inclusione sociale

Obiettivo. La presente indagine si propone di raccogliere le opinioni a riguardo l'accesso diretto tra i professionisti che si interfacciano maggiormente con la persona affetta da disturbi psichici e di metterne in evidenza aspetti positivi, negativi o da riconsiderare.

Materiali e metodi. Sono stati consultati articoli scientifici attraverso le banche dati PubMed e Google Scholar che ha permesso di costruire una griglia di intervista. I partecipanti coinvolti sono stati suddivisi in tre gruppi salute mentale, di Urgenza-Emergenza e Testimoni Speciali. Ai partecipanti è stata somministrata un'intervista semi strutturata composta da 7 domande.

Risultati. Sono state raccolte 45 interviste analizzate tramite qualitativa attraverso il software per l'analisi dei contenuti Atlas@ti®.

Discussioni e Conclusioni. La ricerca ha evidenziato quanto le soluzioni di PS dedicato o di accesso diretto contengano in sé aspetti positivi e negativi. In particolare la maggioranza degli intervistati di tutti i vari gruppi esprime preoccupazione per lo stigma e per sottovalutazioni diagnostiche.

Key words: Emergency department, Mental Health, Psychiatric Nurse, primary care, psychiatric patients.

BACKGROUND

In Italia i "Pronto Soccorso Psichiatrici" o soluzioni clinico organizzative che vedano strutture e percorsi ad hoc per le persone affette da disturbo psichico non sono comuni e la proposta della loro istituzione (come ad esempio come l'Accesso Diretto in reparto come si evince da una Delibera della regione Veneto del 2019) viene da molti professionisti sanitari ritenuta valida sia per il paziente che per l'organizzazione. Per altri invece, soprattutto professionisti della salute mentale queste proposte sono oggetto di critica in quanto a livello tecnico ed etico un tale servizio viene dichiarato come "pericoloso e discriminatorio" introducendo numerosi rischi sul piano clinico per i pazienti e andando a minare le garanzie di tutela della salute quindi contribuendo allo stigma delle persone con disturbi mentali.

In letteratura troviamo che le emergenze psichiatriche sono al terzo posto tra tutte le emergenze dopo quelle internistiche e chirurgiche (Pajonk et al. 2001) e che rap-

presentano fino al 15% di tutti gli accessi ai dipartimenti d'emergenza urgenza e accettazione (DEU) (Hazlett et al. 2004). Uno studio condotto da Ferrari, Bruscoli & Pallanti S. (2009) rileva che gli accessi psichiatrici presso i DEU, figurano dallo 0,5 al 15% di tutte le richieste d'aiuto. Le cifre salgono notevolmente, quando si consideri solamente l'associazione di un disturbo psichiatrico nel paziente che si presenti per altre cause. Uno studio francese del 2005 (Saliou et al. 2005) riporta, infatti, una prevalenza del 8% di pazienti con diagnosi psichiatrica come motivo primario d'accesso. Quando però si consideri solo la presenza di un disturbo psichiatrico in concomitanza con altre diagnosi si trova una prevalenza totale dei disturbi psichiatrici al DEU del 38%. Altri studi evidenziano però come il 78% dei pazienti con disturbi psichiatrici acceda ai servizi d'emergenza non per motivi psichiatrici, identificando così la popolazione che accede ai servizi d'emergenza come una popolazione caratterizzata da un'alta prevalenza di disturbi psichiatrici indipendentemente dal motivo della richiesta di aiuto (Larkin et al. 2005).

Negli USA e Nord Europa la modalità ad accesso diretto è già attiva in molti servizi. Secondo Harris et al. (2016), che analizzano le problematiche connesse all'accesso del paziente con problemi psichiatrici in un PS, emerge una sorta di "Lack of Care" a livello di infrastrutture specifiche, di competenze del personale ed infine di materiali e risorse disponibili. Tale situazione comporta delle conseguenze per il paziente (peggioramento della sintomatologia) e per il personale, spesso non preparato alla gestione di queste casistiche (stress elevato).

In circostanze simili la formazione specifica e l'alleanza con il paziente risultano fondamentali per la gestione della situazione. Le barriere istituzionali, fisiche ed ambientali e, le mancate conoscenze, rallentano il processo verso una corretta gestione del paziente con patologia psichiatrica. Lo studio sottolinea come il paziente psichiatrico in fase di acuzie percepisca come più intense, disturbanti e difficili da fronteggiare alcune caratteristiche del PS che ad altri utenti non affetti da patologia psichiatrica non appaiono

rilevanti (luci, rumore, confusione). Si associa all'aspetto ambientale anche quello umano in cui il paziente percepisce mancata comprensione e supporto da parte del personale ospedaliero.

Le soluzioni alternative proposte dalla letteratura che descrive esperienze operative vanno dalle Short-stay Psychiatric Units nel DEU (Lateef & Anantharaman., 2000) alle Aree di cure speciali all'interno del PS (Slade et al., 2007) fino ai Centri di emergenza Psichiatrica (PEC); questi sarebbero dei centri di emergenza specializzati esclusivamente per pazienti con problemi psichici, sotto la responsabilità del servizio di salute mentale (Frank et al. 2005). I PEC secondo gli autori hanno benefici significativi per il paziente in quanto riducono i tempi di attesa, preservano la privacy e offrono accesso diretto a personale specializzato in salute mentale (Frank R., Fawcett L., Emmerson B. (2005). Questi vantaggi però, potrebbero essere visti da un altro lato anche come una falsa economia ovvero uno spostare il problema altrove. Il centro specializzato separato dal PS standard potrebbe fornire un sistema separato di assistenza sanitaria che stigmatizza i "consumatori" di salute mentale (Wand T., 2005).

Un ulteriore studio condotto in California di Carrie et al. del 2000, come metodo per una più corretta gestione dell'urgenza psichiatrica propone il concetto di "*Medical Clearance*": un accertamento-valutazione medica di tutti i pazienti i cui sintomi potrebbero essere di origine psichiatrica, prima di un eventuale trattamento ambulatoriale o trasferimento in altra struttura per cure psichiatriche (Olshaker et al. 1997).

In molte realtà, come in Canada (Ontario), è stata inserita la figura dell'infermiere psichiatrico all'interno del DEA con il ruolo di "Gatekeeper" o di gestione dell'urgenza (Psychiatric Emergency Nurse). (McArthur & Montgomery 2004; Nicholls et al. 2010; Clarke et al. 2003).

Uno studio nel contesto italiano (Ferrari et al. 2009) evidenzia come i medici d'emergenza ritengano che la propria preparazione nella psichiatria sia scarsa, ma allo stesso tempo ne riconoscono un'importanza conside-

revole. Le soluzioni organizzative adottate nel contesto italiano sono generalmente la consulenza, l'utilizzo dei Fast Track mentre appare meno presente il modello che prevede l'accesso diretto in Psichiatria anche se ad esempio la regione veneto nel 2019 ha emanato una delibera che prevedeva tale modello organizzativo.

Il presente studio ha come scopo quello di verificare l'opinione dei professionisti della Salute Mentale e dell'Emergenza-Urgenza sui vantaggi e gli svantaggi di Pronto Soccorso dedicato o ad accesso diretto in Psichiatria.

I quesiti d'indagine sono:

1. Qual è la modalità più opportuna di trattamento per il paziente che si reca in PS che manifesta Disturbo Psicologico?
2. Qual è l'opinione degli operatori sanitari del Pronto Soccorso e della Psichiatria in merito alla creazione e allo sviluppo di un Pronto Soccorso con Accesso Diretto in Psichiatria?
3. Quali implicazioni comporterebbe tale creazione nel paziente e nel soddisfacimento dei suoi bisogni assistenziali?
4. Cosa ne pensano i rappresentanti dei genitori di pazienti psichiatrici nonché membri delle Associazioni a sostegno delle famiglie?

MATERIALI E METODI

Metodologia di indagine

L'indagine è stata realizzata mediante una ricerca di tipo qualitativo: sono state condotte interviste semi-strutturate a testimoni privilegiati (Palumbo & Garbarino, 2006).

Campione

Sono stati intervistati: Medici e Infermieri di PS e DSM del Veneto, Friuli Venezia Giulia e Trentino Alto Adige, rappresentanti di una associazione genitori ed infine membri di Associazioni Nazionali appartenenti al ramo dell'Urgenza-Emergenza e della Psichiatria.

Il campione, di convenienza, è stato reclutato secondo

i seguenti criteri di Inclusione:

1. Esperienza in ambito di Emergenza Urgenza o Psichiatria/Salute Mentale;
2. Rappresentanti delle Associazioni genitori (che saranno indicati come testimoni speciali).

I criteri di Esclusione presi in considerazione sono stati:

- Personale neoassunto;
- Personale appartenente a Unità Operative diverse da quella di Pronto Soccorso e di Psichiatria;
- Mancato consenso a partecipare allo studio.

Tutti i partecipanti hanno aderito maniera volontaria firmando la dichiarazione di consenso a partecipare allo studio nel rispetto del trattamento dei dati personali e della privacy. I partecipanti potevano in qualsiasi momento ritirarsi dallo studio. Questo studio aderisce ai principi della dichiarazione di Helsinki.

Procedura di indagine

La raccolta dei dati è stata realizzata tramite intervista semi-strutturata (*Tabella 1*) nel periodo compreso tra inizio settembre e metà ottobre 2019. Ogni intervista è

Tabella 1 – domande della intervista

Domande di intervista

1. Qual è il percorso o i percorsi che abitualmente segue la persona con Disturbo Psicologico che arriva in PS?
2. Quale crede che sia la modalità più corretta di gestione della persona con Disturbo Psicologico nel momento in cui si presenta in PS per una grave crisi correlata alla patologia?
3. Pensa che il PS Psichiatrico ad accesso diretto in reparto abbia degli aspetti positivi o negativi? Se sì, quali? invece crede che siano aspetti negativi connessi allo sviluppo di tale proposta?
4. Crede che accogliere il paziente psichiatrico in un Pronto Soccorso a lui dedicato permetta una migliore visione ed un miglior trattamento del paziente e della crisi correlata alla patologia?
5. Pensa che il servizio di PS Psichiatrico possa determinare stigma nel paziente affetto da patologia psichiatrica? Se sì, perché?

Tabella n° 2: campione dello studio

Codice Candidato	Sesso	Qualifica	Anni servizio complessivi	Anni nel servizio Attuale
1 SM vis à vis	M	Psichiatra ex Direttore di Dipartimento	40	Pensione
2 SM vis à vis	F	Infermiera	23	19 aa Psichiatria 1,5 aa PS
3 SM vis à vis	M	Coordinatore Infermieristico	13	7 aa Coordinatore SPDC
4 SM Tel	F	Infermiera; Ex Coordinatore CSM	30	27 aa Psichiatria
5 SM Tel	F	Ex Coordinatore CSM	21	19 aa Coordinatore SPDC
6 SM Tel	F	Infermiera	6	6 aa SPDC
7 SM Tel	M	EX Presidente PSIVE	37	34 aa SPDC
8 SM Tel	M	Psichiatra Ex Direttore di Dipartimento	40 aa	Pensione
9 I SM Tel	F	Coordinatore Infermieristico	21 aa	21 aa Salute Mentale
10 SM Tel	F	Medico Psichiatra	14 aa	10 aa DSM
11 SM Tel	F	Medico Psichiatra	25 aa	25 aa DSM
12 SM vis à vis	F	Medico Psichiatra	28 aa	28 aa DSM
13 SM Tel	M	Coordinatore Infermieristico SPDC	28 aa	11 aa Coordinatore SPDC
14 SM Tel	F	Coordinatore Infermieristico Day Hospital	23 aa	20 aa Coordinatore Day Hospital
15 SM vis à vis	M	Infermiere di Salute Mentale	43 aa	18 aa SPDC
16 SM vis à vis	F	Infermiera Coordinatore di Dipartimento	34 aa	31 aa Salute Mentale
17 SM vis à vis	M	Psichiatra ex Direttore di Dipartimento	35 aa	Ora in pensione
18 SM Tel	M	Dirigente delle Professioni Sanitarie; Docente di Salute Mentale	32 aa	10 aa Dirigente
19 SM vis à vis	M	Psichiatra, ex Primario; Docente di salute Mentale	34 aa	Pensione, Libero Professionista
20 SM vis à vis	F	Infermiera di SPDC	8 aa	3 aa SPDC
21 SM Tel.	F	Coordinatore Inf. SPDC porte aperte (No Restraint)	29 aa	8 aa Coordinatore SPDC
22 SM Tel.	M	Presidente PSIVE	23 aa	17 aa
1 EU Tel	F	Medico di PS	37 aa	Pensione
2 EU vis à vis	M	Medico di PS	5 aa	3,5 aa PS
3 EU Tel	M	Coordinatore Infermieristico di PS	25 aa	11 aa Coordinatore Inf. PS
4 EU Tel	M	Coordinatore Infermieristico di PS	10 aa	2 aa Coordinatore Inf. PS
5 EU vis à vis	M	Infermiere di PS; Istruttore corso Triage	8 aa	5 aa PS
6 EU vis à vis	M	Infermiere di PS; Istruttore corso Triage	8 aa	5 aa PS
7 EU vis à vis	M	Infermiere di PS; Coordinatore area Nursing per SIMEU	7 aa	4 aa PS
8 EU Tel	M	Infermiere di 118; Direttivo OPI	6 aa	4 aa 118
9 EU vis à vis	F	Coordinatore Infermieristico di PS	30 aa	3 aa Coordinatore Inf. PS
10 EU Tel	F	Coordinatore Infermieristico di PS	27 aa	21 aa di PS;
11 EU Tel	M	Infermiere SUEM-118; Consigliere OPI	11 aa	3 aa SUEM-118
12 EU vis à vis	M	Infermiere di PS; Responsabile affiancamento nuovi inserimenti.	13 aa	13 aa PS
13 EU Tel	F	Infermiere di PS	18 aa	13 aa PS
14 EU Tel	M	Medico di PS	6 aa	4 aa PS
15 EU Tel	F	Infermiera di PS	12 aa	8 aa PS
16 EU vis à vis	F	Infermiera di PS	26 aa	7 aa PS
17 EU Tel	M	Coordinatore Infermieristico PS	13 aa	13 aa PS
18 EU Tel	F	Coordinatore Infermieristico PS	40 aa	5 aa Coordinatore Inf. PS
19 EU vis à vis	F	Infermiera di PS	7 aa	2 aa in PS
20 EU Tel	M	Medico di PS	3 aa	1,5 aa PS
21 EUTel.	M	Direttore Struttura Complessa; Vicepresidente SIMEU	26 aa	23
1 TS Tel.	M	Presidente Associazione Genitori	Operaio	Pensione
2 TS Tel.	F	Vicepresidente Associazione Genitori	Giornalista	Libera professionista

durata 30-40 minuti di media e si sono svolte preferibilmente vis-à-vis ma anche telefonicamente. La griglia di domande è stata creata dopo ad una attenta analisi della letteratura e dopo due interviste pilota condotte nelle fasi iniziali del progetto e non incluse fra i risultati. Gli incontri sono avvenuti in ambienti riservati e tranquilli all'interno di contesti privi di elementi di disturbo.

Strumenti di indagine

Le domande dell'intervista sono presenti nella *tabella 1*. Si è deciso di utilizzare la metodologia dell'intervista semi-strutturata a testimoni privilegiati piuttosto di un questionario o di un'intervista strutturata perché è stato valutato essere lo strumento più utile per dar modo alle persone di esprimere liberamente e completamente le proprie percezioni (Corbetta, 2003).

Analisi dei dati

L'analisi dei contenuti delle interviste è stata svolta prima verbatim tramite metodo di distillazione (Downe-Wamboldt, 1992), da parte di due ricercatori distinti. I dati ottenuti infine, sono stati elaborati attraverso un terzo processo di analisi svolto tramite il programma di content analysis Atlas@Ti 7.

Risultati

Sono state raccolte 47 interviste: 21 Area Salute Mentale, 21 area Emergenza Urgenza, 2 di testimoni speciali; di queste, 2 sono state escluse ad inizio indagine in quanto utilizzate come interviste pilota. Il campione è sinteticamente descritto nella *tabella n°2*.

Analisi del contenuto

Le interviste condotte sono state analizzate in primo luogo verbatim, con una doppia analisi da parte di due ricercatori distinti; le interpretazioni difformi sono state armonizzate tramite un confronto sui risultati fra i due ricercatori. Infine i dati ottenuti sono stati processati dal programma per la *content analysis* Atlas-Ti 7©. Il

programma infatti, in seguito all'analisi qualitativa dei dati, identifica svariati codici appartenenti a specifiche famiglie di significato.

Nella presente analisi, le famiglie sono state individuate nelle sei domande dell'intervista.

Tabella 3 – Famiglie ottenute analisi Atlas – Ti 7©

Famiglie Atlas – Ti 7©	
Famiglia 1	Percorso abituale pz. con Disturbo Psicico PS
Famiglia 2	Percorso ideale pz. con Disturbo Psicico
Famiglia 3	Aspetti Positivi (+) e Negativi (-) dell'Accesso diretto in SPDC
Famiglia 4	Accesso diretto in SPDC: crea Stigma?
Famiglia 5	Personale di PS è formato per gestire pz. con Disturbo Psicico?
Famiglia 6	Personale di SPDC è formato per accogliere pz. in Accesso Diretto?

I dati in Atlas-Ti sono stati elaborati successivamente anche suddividendoli per gruppi e per singole domande. In questo modo, ciascuna domanda è stata analizzata all'interno dei singoli gruppi coinvolti nello studio (Salute Mentale, Pronto Soccorso, Testimoni Speciali) al fine di poterne confrontare le risposte e quindi di raccogliere l'opinione rappresentativa di ciascuna categoria.

Il percorso abituale del paziente con Disturbo Psicico

Alla presente domanda i professionisti del gruppo di Salute Mentale hanno manifestato una visione comune riguardo il percorso che abitualmente segue il pz con Disturbo Psicico dal momento in cui si presenta all'osservazione dell'U.O. di PS.

Dalle testimonianze del personale SM emerge che in qualche ospedale esiste già un ambulatorio diurno per la gestione delle emergenze con lo psichiatra presente h 24-sette giorni su sette e non solamente reperibile. Qualcuno del gruppo osserva che in alcuni casi come ad esempio paziente all'arrivo agitato, con intossicazione da sostanza/farmaci, in acuzie oppure non noto, la gestione

Tabella n°4: Percorso “Ideale” del paziente con Disturbo Psicico

	Salute Mentale	Modalità attuale {7-0}	Testimoni Speciali
Percorso Ideale Pz. Disturbo Psicico in PS	Modalità attuale {13-0}	Valutazione iniziale PS {5-0}	Valutazione iniziale PS {4-0}
	Valutazione iniziale PS {13-0}	Triage {4-0}	Consulenza Psichiatrica {2-0}
	Consulenza Psichiatrica {9-0}	Fast Track {7-0}	Creazione stanza per attesa (stanze multisensoriali) {1-0}
	Ricovero {5-0}	Esclusione cause organiche {3-0}	Esclusione cause organiche {1-0}
	Dimissione (CSM-Rinvio a domicilio) {6-0}	Consulenza Psichiatrica Precoce {3-0}	Diagnosi differenziale {1-0}
	Esclusione cause organiche {5-0}	Consulenza Psichiatrica {3-0}	Esami diagnostici {1-0}
	Diagnosi differenziale {4-0}	Pz. non noto/acuto/agitato gestione PS {5-0}	Stabilizzazione del pz {1-0}
	Trattamento standard pz. Psych. {4-0}	Pz. noto/non critico/non agitato = Accesso diretto {4-0}	Trattamento immediato {1-0}
	Esami diagnostici {3-0}	Creare ambiente adeguato al pz. {2-0}	
	Psichiatra presente h24 {3-0}	Ascolto e comprensione {2-0}	
	Percorso protetto {1-0}	Anamnesi/Diagnosi differenziale {2-0}	
	Consulenze personale salute mentale in PS {1-0}	Gestione urgenze CSM {2-0}	
	Professionalità e ascolto {1-0}		
	Riconoscimento bisogno psicologico e gestione SS {1-0}		

di tale paziente spetta all'U.O. e quindi al personale di PS, capace di fronteggiare l'eventuale peggioramento delle condizioni cliniche del paziente. Viene specificato però, che il paziente venga accolto e trattato all'interno di un ambulatorio dedicato (a ridotta esposizione di stimoli) e non come spesso un tempo accadeva in un "sottoscala".

Secondo un medico di PS:

"Il paziente viene visto dal medico di PS in ambulatorio, il quale se necessario chiama lo psichiatra che arriva con i suoi tempi!" [Int. 1 EU];

oppure un infermiere di PS che afferma:

"Ora viene lo psichiatra in PS e il personale deve tamponare". [Int. 12 EU]

Entrambi sottolineano come spesso il paziente debba

attendere la consulenza e lo specialista in sala d'attesa e quanto questo coinvolga il personale di PS.

Mentre il presidente PSIVE:

"Il paziente con disturbi psichici è un'astrazione, chi è il paziente con disturbi psichici? Dipende dal motivo di accesso!...Come si fa a definire e a valutare un paziente attribuendogli una diagnosi solo perché magari già noto al servizio effettuando ridotti esami diagnostici?" [Int. 22 SM]

Un coordinatore di SPDC, invece, afferma che nel loro caso specifico il primo intervento viene effettuato dal sistema di emergenza territoriale.

Un ex direttore di DSM in merito:

"Ci sono ampie aree di confine (psicogeriatría, disturbi cognitivi in genere, tossicodipendenza, alcolismo) in cui va

valutata la priorità di trattamento e la sede più opportuna. Non bisogna sottovalutare le comorbilità presenti nelle patologie psichiatriche”. [Int. 8 SM]

Percorso ideale del paziente con Disturbo Psicico

Secondo l’opinione di un infermiere istruttore di Triage: *“Credo che sia giusto che il pz psichiatrico venga valutato inizialmente presso il PS generale effettuando il triage e solo dopo aver escluso possibili trattamenti salva vita derivanti dallo scompenso che presenta agevolare la presa in carico specialistica presso il reparto o in ambiente idoneo alla patologia”*. [Int. 6 EU]

Opinione però non pienamente condivisa dal coordinatore dell’area Nursing SIMEU per Veneto e Trentino: *“La modalità attuale funziona, potrebbe essere un’idea quella di creare un ambulatorio in forma di PS psichiatrico; dal PS generale lo visito e lo mando in ambulatorio (soprattutto in caso di pz non noto). Per il pz noto e non critico invece accesso diretto”*. [Int. 7 EU]

Mentre una coordinatrice di PS: *“Per noi per tutti i pz già noti sarebbe utile un percorso breve tipo fast track psichiatrico da poterli inviare direttamente alla psichiatria. Per loro sarebbe meglio perché ridurrebbe l’attesa”*. [Int. 18 EU]

Meno legato al processo di accettazione e più legato all’accoglienza del paziente è l’opinione della vicepresidente di una associazione genitori nonché madre di una ragazza con gravi disturbi psichiatrici:

“Sarebbero consigliate le stanze multisensoriali”. [Int. 2 TS]

Secondo il Presidente PSIVE la modalità più opportuna è: *“prima valutazione da parte del medico di PS, immediatamente; dietro a pz noto o agitazione ci possono essere problematiche internistiche e fisiche; esami ematochimici e strumentali da poter far visionare allo Psichiatra quando arriva per la consulenza. Lo psichiatra si chiama dopo, quando il pz è stabilizzato”*. [Int. 22 SM]

Successivamente descrive l’atteggiamento che assume parte del personale che lavora all’interno del PS nei confronti del paziente affetto da patologia Psichiatrica:

“Con il pz psichiatrico sembra che ci sia una barriera invisibile che ponga i colleghi a non volersi avvicinare e a non voler considerare tali pz parte del loro lavoro”. [Int. 22 SM]

Una coordinatrice SM sostiene un modello di assistenza Territoriale H24-SPDC integrato:

“Cerchiamo di attuare un processo attraverso il quale alla persona venga garantita una valutazione rapida e un inquadramento di trattamento e di diagnosi senza avere troppi tempi morti”. [Int. 5 SM]

Aspetti Positivi e Negativi dell’Accesso Diretto in SPDC

L’opinione del Presidente uscente della PSIVE pone l’accento sulle patologie organiche spesso compresenti:

“Pensare che si possa fare diagnosi solo sull’aspetto comportamentale delle persone è un errore tragico, bisogna partire escludendo le patologie organiche”. [Int. 7 SM]

Opinione che lo trova quasi concorde con il Vicepresidente SIMEU che pur è favorevole al PS dedicato:

“Un PS psichiatrico può rispondere certamente alla domanda in urgenza, il problema è che contiene spesso molte problematiche connesse che sono di natura medica, è indispensabile l’integrazione tra le diverse discipline”.

Molto critico nei confronti di percorsi dedicati ai pazienti con disturbo psichico è presidente dell’Associazione Genitori e di una coordinatrice DSM che vedono rischi di erogazioni di cure insufficienti e quindi pericoli per la salute:

“Dal punto di vista della costituzione è anticonstituzionale; il paziente in questo modo non viene salvaguardato e accudito. È una proposta che va combattuta, contraria alla legge di Basaglia, situazioni simili a quelle manicomiali”. [Int. 1 TS]

“Se sono depressa e ho un infarto in atto, chi è che mi tratta? Mi devono salvare la vita! Non voglio che vengano esclusi i percorsi di diritto alle cure per i cittadini. Sono convinta che non si debbano creare percorsi alternativi su quello che viene definito a monte psichiatrico. Sono pochi i pz puramente psichiatrici”. [Int. 5 SM]

Accesso Diretto in SPDC: Stigma?

Tabella 5 – Tabella Comparativa

Salute Mentale		Emergenza urgenza		Testimoni speciali	
Negativi {10-0}	Positivi {1-0} e Positivi – Negativi {9-0}	Positivi -Negativi {12-0}	Positivi {6-0} e Positivi solo per det. Pazienti {3-0}	Negativi{4-0}	Positivi {1-0}
1. Predeterminazione della diagnosi attribuita al paziente {6-0}	1. Riduzione del tempo di attesa della Consulenza Psichiatrica e della presa in carico in PS {8-0}	1. Sottovalutazione delle problematiche organico internistiche {7-0}	1. Per pazienti noti, stabili, psichiatrici puri, codici minori e TSO {8-0}	1. Predeterminazione della diagnosi {3-0}	1. Migliore gestione della crisi e dei segni e sintomi psichiatrici {1-0}
2. Sottovalutazione segni e sintomi organici {5-0}	2. Gestione del paziente da parte di personale con competenze specifiche {3-0}	1. Rischio incolumità del personale sanitario/Pz./ Pz. ricoverati in reparto; se accesso di Pz. in stato di agitazione {2-0}.	2. Riduzione del tempo di attesa in PS {7-0} (dato compatibile con il gruppo di salute mentale)	2. Sottovalutazione di segni e sintomi organici {4-0}	2. Solo per Pz. psichiatrico “puro” (con esclusione di eventuali cause organiche).
3. Ridotte indagini diagnostiche {5-0}	3. Ambiente contenuto/noto {3-0}		3. Riduzione dell’ansia e del disagio {6-0} sperimentato dal paziente	3. Rischio incolumità del personale {2-0}	
4. Valutazione iniziale del PS inefficace {4-0}	4. Gestione della crisi maggiormente efficace{2-0}		4. Personale formato con competenze specifiche {6-0}	4. Percorso speciale discriminante {2-0}	
5. Accessi e ricoveri impropri{3-0}	5. Positivo se percorso agevolato per il pz. con Dist. Psicico {1-0}		5. Ambiente noto {5-0}		
6. Risorse a disposizione insufficienti			6. Riduzione del carico di lavoro del personale di PS		
7. Assenza di diagnosi differenziale {3-0}			7. Riduzione accessi impropri {5-0}.		
8. Rischio incolumità del pz/ personale{2-0}					
9. Gestione inefficace delle emergenze {2-0}					

Tutti gli operatori della salute mentale concordano nel vedere gli accessi diretti come un forte elemento di stigma:

“È come dire hai accesso preferenziale perché sei fatto così, sei psichiatrico!”. [Int. 9 SM]

“...aumento dello stigma nella popolazione e tra medici di tutte le categorie compresi gli psichiatri che non sono esenti dallo stigma; rischia di escludere, di separare e di offrire servizio qualitativo più basso. Minaccia al diritto alla salute del paziente”. [Int. 2 SM]

Prosegue una coordinatrice di SPDC:

“Prima valutami come tutti poi trattami anche in base alla patologia, anche se sono brutto, sporco e cattivo!”. [Int. 5 SM]. Mentre un infermiere 118:

“Lo stigma lo vedo in PS, quando porto questi pazienti. Viene visto come una rottura di scatole e una perdita di tempo”. [Intervista 8 EU]

Più sfumate e articolate le risposte degli intervistati della Emergenza Urgenza.

“Quello che invece non è paziente noto, va in PS, mentre il noto vuole andare diretto in psichiatria, quindi è più felice”. [Int. 1 EU]

Un medico di PS offre un interessante spunto di riflessione:

“Il paziente che viene indirizzato ad un PS Psichiatrico viene inevitabilmente “marchiato” secondo quelle che sono le convenzioni sociali; può rappresentare una pesante etichetta per chi vi accede. Altrettanto importante capire che ogni patologia ha una struttura di destinazione ben precisa per la cura, quindi nonostante la possibile connotazione negativa correlata al PS Psichiatrico risulta fondamentale andare oltre il preconetto in virtù della reale necessità di questo servizio”. [Int. 14 EU]

Personale di PS: formato per gestire il paziente con disturbo psichico?

I suggerimenti forniti dai partecipanti all'indagine sono molto simili; si focalizzano principalmente sul potenziamento della formazione in ambito di Salute Mentale e sullo sviluppo di competenze specifiche.

“Il personale di PS eredita una cultura medica che attualmente non dedica molto tempo alla formazione, alla relazione ed alle problematiche psichiatriche. Vanno moltiplicate le competenze del personale ed effettuati interventi formativi ed aggiustamenti logistici”. [Int. 8 SM]

“Anche il più santo infermiere di fronte a 200 accessi al giorno “sclera” di fronte alle richieste del pz psichiatrico (magari un euro o una sigaretta); bisogna definire interventi su personale e spazi per far sì che tutti vengano trattati in modo ottimale...” [Int. 5 SM]

Personale di SPDC è formato per accogliere pz. in Accesso Diretto?

I suggerimenti forniti dai partecipanti all'indagine sono molto simili; si focalizzano principalmente sul potenziamento della formazione interventista tipica del PS e sullo sviluppo di competenze specifiche di gestione del paziente critico per una migliore gestione delle emergenze.

“Sono un po' arrugginiti sulle problematiche organiche e potrebbero avere un'osservazione parziale di segni

e sintomi”. [Int. 16 SM]

“A livello formativo sono preparati su quella specialità. Dovrebbero ri-organizzarsi dal punto di vista numerico, di spazi e materiali”. [Int. 10 EU]

Altrettanto interessante il pensiero del vicepresidente SIMEU:

“Credo che la soluzione di problemi complessi come anche altri, sia nell'approccio multidisciplinare e multi professionale, più che nella organizzazione di soluzioni mono specialistiche”. [Int. 1 EU]

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Come prima considerazione dobbiamo notare come tutti gli intervistati hanno dimostrato disponibilità e interesse per l'argomento trattato. Solo poche persone contattate per essere intervistate hanno rifiutato, e questo è un indizio dell'interesse professionale per l'argomento e della sua attualità.

Un'altra considerazione è quella che nonostante le differenti categorie professionali di appartenenza di ciascuno, tutte le tematiche insite nell'indagine sono state ritenute importanti. Si tratta di temi come: necessità di trattamento standard per il paziente psichiatrico, possibilità di fornire una valutazione completa e specifici esami diagnostici anche ai pazienti della salute mentale, necessità di creare un percorso utile e valido per il paziente ma allo stesso tempo funzionale per il personale sanitario, ed infine il rischio al quale si può andare incontro attuando l'accesso diretto o luoghi esclusivi ovvero quello di stigmatizzare determinate categorie di pazienti.

Ancor più interessanti sono risultati i suggerimenti proposti dai membri dei tre gruppi di intervistati riguardo il potenziamento e l'integrazione di alcune competenze sia per il personale di PS che per quello dell'SPDC nella gestione del paziente psichiatrico in urgenza

Tali suggerimenti trovano riscontro nella letteratura e vengono già utilizzati in altri paesi. Si tratta di: presenza di personale di salute mentale all'interno del pronto soccorso al fine di fornire consulenze specialistiche, utilizzo di stanze adatte alla condizione clinica del paziente per

l'attesa della consulenza psichiatrica (stanze multisensoriali) ed infine valutazione iniziale del paziente da parte del medico di PS al fine di poter indirizzare il paziente nel percorso più idoneo alla sua condizione (Carrie et al., 2000; Diana et al. 2005; Slade et al. 2007; Heyland & Johnson, 2017).

Tra gli aspetti negativi, merita attenzione quello più discusso dai partecipanti ovvero quello associato al rischio di stigma associato alla organizzazione per accesso diretto o di strutture dedicate. Nonostante abbia trovato maggior condivisione tra i componenti del gruppo di Salute Mentale il tema non ha lasciato indifferenti nemmeno alcuni tra i soggetti appartenenti all'area di Urgenza-Emergenza che esprimevano comprensione e conoscenza del rischio di stigmatizzazione.

La stigmatizzazione del paziente psichiatrico è ancora una forte barriera al processo di integrazione di queste persone nella società (Henderson et al., 2014). È necessario individuare quali siano i pregiudizi loro associati e quali strategie si possano attuare per ridurli. Tali pregiudizi sono presenti anche nei professionisti sanitari ed ha come conseguenza l'accesso limitato e di qualità inferiore, alle cure, aumento del tasso di mortalità, aumento della durata di degenza ospedaliera, disparità sul tipo e la frequenza dei trattamenti, interventi e procedure offerte da medici e infermieri, eventi avversi e complicanze medico-chirurgiche, isolamento sociale e sviluppo del fenomeno del self-stigma (Henderson et al. 2014; Mather et al., 2014).

Le strategie per diminuire lo stigma nel personale sanitario indicate dalla letteratura sono prudenti nella loro efficacia. Le evidenze indicano come i contatti, sociali e professionali, con i pazienti psichiatrici siano limitati al miglioramento delle conoscenze professionali e alla disponibilità in generale, ma non andrebbero a modificare il comportamento dei professionisti. Stessi risultati per la formazione; ma Henderson et al. (2014) affermano come la formazione, portando ad un miglioramento delle conoscenze e competenze nella cura e assistenza al paziente psichiatrico, aumenti di conseguenza anche le attitudini

e la sicurezza nell'approcciarsi con esso permettendone quindi un miglior trattamento e la percezione di difficoltà nel trattarlo. Quindi bisognerebbe elaborare delle strategie che prevedano la formazione accurata e la conoscenza diretta migliore.

Sono le stesse considerazioni a cui giungono alcuni degli intervistati nel suggerire la necessità di "formazione formale e occasioni di rapporto e di contatto" per i professionisti della salute coinvolti nella gestione di pazienti con disturbi psichici. Con questa espressione si intende sottolineare l'importanza di incontrare i pazienti psichiatrici anche al di fuori del contesto lavorativo, di creare occasioni di confronto e conoscitive per capire di cosa ha bisogno prima di tutto la Persona e non il paziente come portatore di una diagnosi. Favorire quindi incontri tra professionisti della salute e pazienti, in occasioni comuni, potrebbe risultare utile ai fini di familiarizzare con questo utente psichiatrico che alla fine dei conti come afferma il Presidente PSIVE "è solo un'astrazione". L'invito, dunque, è quello di non sottovalutare le osservazioni emerse da tale ricerca ma di usarle come punti di partenza.

Si vuole fare una conclusione finale proprio pensando alle grandi difficoltà in cui versano i servizi di emergenza urgenza in termini di personale e sovraffollamento. La tentazione di fare dei servizi separati per i servizi psichiatrici potrebbe essere forte, ma non si andrebbe a confermare in questo modo l'alterità del paziente con disturbi psichici rispetto alla popolazione generale? Ogni soluzione che si intenda adottare dovrebbe tenere in conto questo problema ed avere in sé le soluzioni correttive.

AFFERENZA DEGLI AUTORI:

* *Carlo Alberto Camuccio, Consigliere S.I.S.I.S.M; Case manager della ricerca IRCCS San Camillo Venezia.*

alberto.camuccio@hsancamillo.it

° *Silvia Zara, Infermiera Aulss 2 Marca Trevigiana.*

silviazarapsi@gmail.com

BIBLIOGRAFIA

6. Carrie S., Glenn W. Currier e Sean O Henderson., *Medical Clearance of Psychiatric patients without medical complaints in the emergency department*. The journal of Emergency Medicine, Vol. 18, No 2, 2000, pp. 173-176.
7. Corbetta P., *La ricerca sociale: metodologia e tecniche* (Vol. 3). Il mulino, 2003.
8. Clarke D.E., Hughes L., Brown A.M., Motluk L., *Psychiatric Emergency Nurses in the Emergency Department: the success of the Winnipeg, Canada, experience*. Journal of emergency nursing 2005;31:351-6.
9. Downe-Wamboldt B., *Content analysis: method, applications, and issues*. Health Care for Women International 13, 1992, 313-321.
10. Ferrari G., Bruscoli M., Pallanti S., *Le emergenze psichiatriche nella medicina d'emergenza: il punto di vista del medico d'emergenza*. Giornale Italiano di Psicopatologia, 2009, 15:111-119.
11. Frank R., Fawcett L., Emmerson B., *Development of Australia's first psychiatric emergency center*. Australasian Psychiatry 13, 2005, 266-272.
12. Harris B., Beurmann R., Fagien S., Shattel M.M., *Patient's experiences of psychiatric care in emergency departments: a secondary analysis*. International emergency Nursing 26, 2016, 14-19.
13. Henderson C., Noblett J., Parke H., Clement S., Caffrey A., Gale-Grant O., Schulze B., Druss B., Thornicroft G., *Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings*. Lancet Psychiatry. 2014 Nov;1(6):467-82. DOI: 10.1016/S2215-0366(14)00023-6. Epub 2014 Nov 5. PMID: 26361202.
14. Hazlett S.B., McCarthy M.L., Londner M.S., Onyike C.U., (). *Epidemiology of adult psychiatric visits to US emergency departments*. Acad Emerg Med, 2004, 11:193-5.
15. Heyland M., Johnson M., *Evaluating an alternative to the emergency department for adults in mentale health crisis*. Issues in mental health nursing. Vol 38, No. 7, 2017, 557-561.
16. Larkin G.L., Claassen C.A., Emond J.A., Pelletier A.J., Camargo C.A., *Trends in U.S. emergency department visits for mental health conditions, 1992 to 2001*. Psychiatr Serv, 2005, 56:671-7.
17. Lateef F., Anantharaman V., *The short stay emergency observation ward is here to stay*. American journal of Emergency Medicine 18, 2000, 629-634.
18. Mather B. et al., *Disparities in Treatment of People With Mental Disorder in Non-Psychiatric Hospitals: A Review of the Literature*. in Archives of psychiatric nursing 28(2), 2014:80-86.
19. McArthur M., Montgomery P., *The experience of Gatepeaking: a psychiatric nurse in an emmergency department*. Issues in Mental Health Nursing, 25, 2004; 487-501.
20. Muller M.J., Schlosser R., Kapp-Steen G., Schanz B., Benkert O., *Patient's satisfaction with psychiatric treatment: comparison between an open and closed ward*. PPsychiatric Quarterly, 2002, 73, 93-107.
21. Nicholls D., Gaynor G., Shafiei T., Bosanac P. e Farrel G., *Mental health nursing in emergency departments: the case for a nurse practitioner role*. Journal of Clinical Nursing, 2010, 20, 530-536.
22. Olshaker JS., Browne B., Jerrard DA., Prendergast H., Stair TO., *Medical clearance and screening of psychaitric patients in the emergency department*. Acad Emerg Med 1997; 4; 124-8.
23. Palumbo M., Garbarino E., *Ricerca sociale: metodo e tecniche*. Franco Angeli, Milano, 2006.
24. Pajonk F.G., Bartels H.H., Biberthaler P., Bregenzer T., Moecke H., *Psychiatric emergencies in preclinical emergency service; incidence, treatment and evaluation by emergency physicians and staff*. Nervenarzt, 2001; 72:685-92.
25. Regione Veneto, *Delibera di Giunta Regionale n. 22/CR del 13.03.2019* disponibile su: <https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=394700>; 2019; Ultimo accesso 29/10/2022
26. Saliou V., Fichelle A., McLoughlin M., Thauvin I., Lejoyeux M., (). *Psychiatric disorders among patients admitted to a French medical emergency service*. Gen Hoşp Psychiatry, 2005; 27:263-8.

-
27. Slade M., Taber D., Clarke MM., Johnson C., Kapoor D., Leikin JB., Naylor M., Neal DA., Novak J., Steiner D., Temkin T., Teodo P., Tippy A., Tronc V., Yohanna D., Zehr E., Zun E., Zun L., *Best practices for the treatment of patients with mental illnesses in the emergency department*. Dis Mon. 2007 Nov-Dec;53(11-12).
DOI: 10.1016/j.disamonth.2007.10.001.
28. Wand T., *Psychiatric emergency centres, reinforcing the separation of mind and body*. International Journal of Mental Health Nursing, 2005, 14, 218-219.
29. Vezzoli R., Archiatti L., Buizza C., Pasqualetti P., Rossi G., Pioli R., *Attitude towards psychiatric patients: a pilot study in a northern Italian town*, 2001.

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.

Presidente:

Mauro Percudani, Milano

Presidente Eletto

Massimo Clerici, Monza

Segretario:

Giovanni Migliarese, Vigevano

Vice-Segretario:

Matteo Porcellana, Milano

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli, Treviglio

Consiglieri eletti:

Antonio Amatulli
Luisa Aroasio
Stefano Barlati
Scilla Beraldo
Giorgio Bianconi
Debora Bussolotti
Paolo Cacciani
Camilla Callegari
Simone Cavallotti
Federico Durbano
Gian Marco Giobbio
Alessandro Grecchi
Carlo Fraticelli
Carla Morganti
Silvia Paletta
Nicola Poloni
Paolo Risaro
Matteo Rocchetti
Marco Toscano
Caterina Viganò

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

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

Membri di diritto:

Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni
Claudio Mencacci