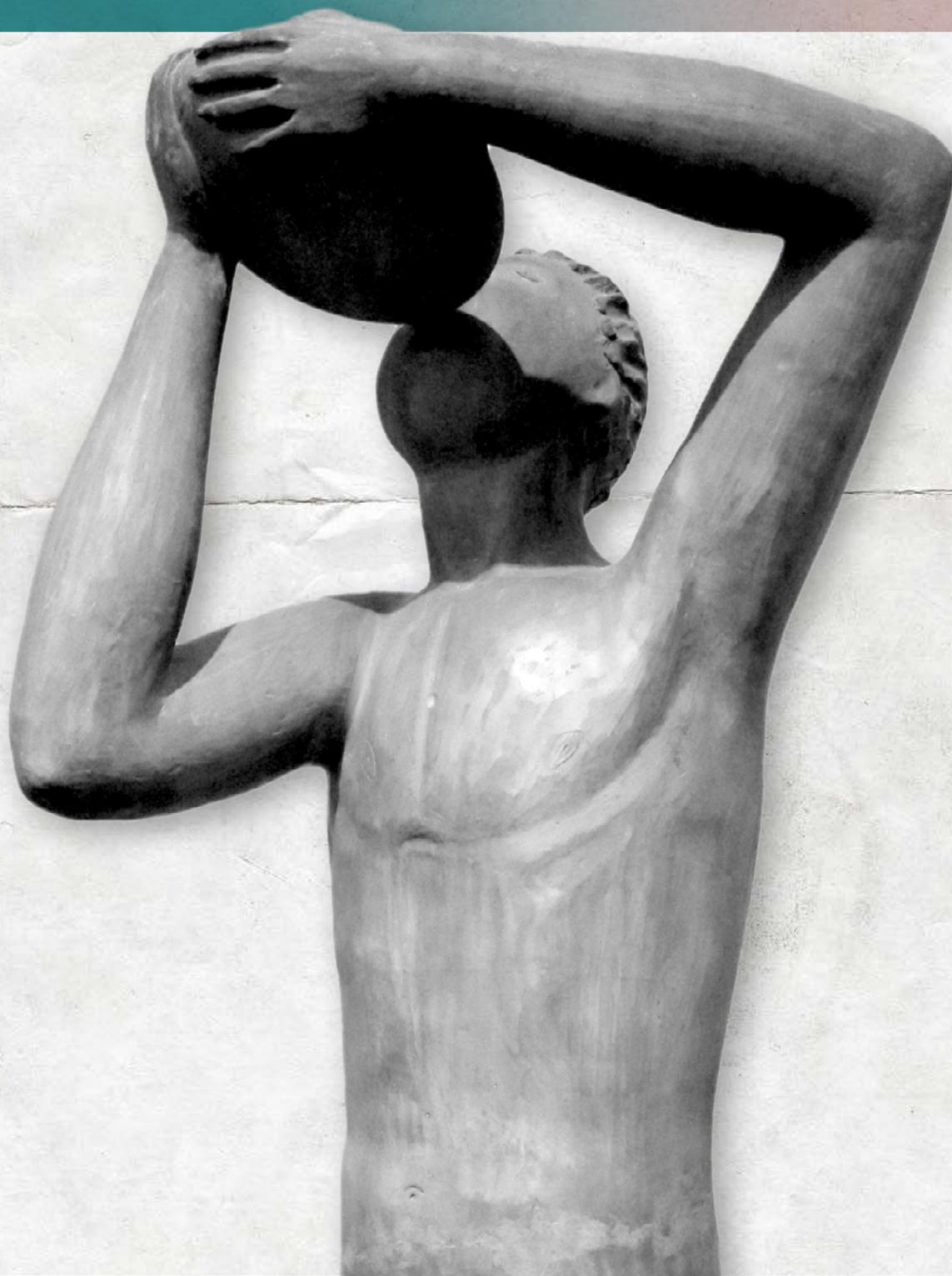




PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

Anno XXXVIII • 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:
Bernardo Dell'Osso (Milano FBF Sacco)
Giovanni Migliarese (Vigevano)

Comitato Scientifico:
Antonio Amatulli (Vimercate)
Luisa Aroasio (Voghera)
Emi Bondi (Bergamo)
Camilla Callegari (Varese)
Carlo Fraticelli (Como)
Massimo Clerici (Monza)
Federico Durbano (Melzo)
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)
Alberto Giannelli (Milano)
Gianmarco Giobbio (San Colombano)
Antonio Magnani (Mantova)
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)
Carla Morganti (Milano Niguarda)
Laura Novel (Bergamo)
Mauro Percudani (Milano Niguarda)
Massimo Rabboni (Bergamo)
Matteo Rocchetti (Pavia)
Pierluigi Politi (Pavia)
Virginio Salvi (Crema)
Gianluigi Tomaselli (Treviglio)
Marco Toscano (Garbagnate)
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)

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

4 La sfida della patologia psichiatrica
dall'adolescenza all'età adulta
di Cerveri G.

11 Quando finisce un lungo mandato...
di Clerici M., Percudani M.

13 Una riflessione sugli impegni prossimi
di Dell'Osso B., Migliarese G.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

15 L'assistente sociale di fronte allo stigma
della malattia mentale: una visione
professionale
di D'Alio C., Clerici M.

38 La bellezza che cura: l'arte come
strumento terapeutico
di Falletti A.

42 Il ruolo delle artiterapie nella pratica
clinica: integrazione ed efficacia nei
percorsi di cura
*L'esperienza del GAT DG Welfare
Regione Lombardia*
di Melorio T., Viganò C., Percudani M.

58 Effetti del trattamento a medio-lungo
termine con esketamina nella depressione
resistente
di Pinto M., Zanetti M., Arienti V.,
Bonfanti A., Marasco M., Ferrari M.,
Vercesi M., Fugazza G., Olivari M., Saenz
M., Pierri G., Cerveri G.

CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

63 CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.
SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE
INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE
**Non solo muri:
una trasformazione che cura**
*Descrizione narrativa di un progetto sul
possibile: luoghi, relazioni e pratiche oltre
la coercizione*
di Belotti L., Bonelli L., Cirella L.

71 CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.
SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE
INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE
**Il rischio di soffocamento da ingestione
di cibo nei pazienti psichiatrici: uno
studio osservazionale**
di Camuccio C.A., Stefanelli S.

83 CONTRIBUTO AITERP
ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA
RIABILITAZIONE PSICHIATRICA
E PSICOSOCIALE
Apprendere dall'esperienza
di Fioletti B., Scagliarini V.

PSICHIATRIA FORENSE

87 Piccolo portolano sulla liceità o meno di
interventi coercitivi nei casi di Anoressia
Mentale grave: note e indicazioni per gli
interventi sul campo
di Amatulli A.

PSICHIATRIA NARRATIVA

94 Il cinema e la narrazione dei traumi
collettivi
*La costruzione della memoria e
dell'identità di un popolo*
di Balestrieri B.

101 Versi formulari in psichiatria
di Grasso F.

104 Euphoria: una lettura psicopatologica
e psicoanalitica
di Vincenti A.

IN COPERTINA: Bevitore, Arturo martini, , 1928-29

© Francesco Bini / 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

Il rischio di soffocamento da ingestione di cibo nei pazienti psichiatrici: uno studio osservazionale

Camuccio C.A.*; Stefenelli S.°

ABSTRACT

Introduzione: Il soffocamento durante l'ingestione di cibo o bevande, noto anche come sindrome coronarica da caffè, rappresenta una delle principali cause di morte tra i pazienti psichiatrici. Tuttavia, questo fenomeno è scarsamente descritto nella letteratura: non ci sono dati epidemiologici precisi, ma è emerso che le principali cause di soffocamento in questa popolazione sono la disfagia bradi cinetica e la Fast Eating Syndrome. È stato inoltre dimostrato che l'adozione di semplici misure precauzionali da parte dei professionisti sanitari può ridurre il numero di incidenti.

Obiettivo: Stimare il rischio di soffocamento nei pazienti psichiatrici ricoverati nelle diverse strutture del Dipartimento di Salute Mentale attraverso due parametri: Indice di Rischio di Disfagia e osservazione della presenza di Fast Eating Syndrome.

Materiali e Metodi: È stato condotto uno studio osservazionale durante i pasti che ha coinvolto 51 pazienti: sono stati registrati i tempi e le modalità di assunzione del pasto ed è stato compilato simultaneamente l'Indice di Rischio di Disfagia. I risultati sono stati poi sintetizzati e trascritti in un dataset, seguito dall'analisi statistica.

Risultati: È emerso che un rischio medio/alto di disfagia è presente nel 27,5% dei casi, soprattutto nei pazienti di sesso femminile di età compresa tra i 60 e i 73 anni, con diagnosi di disturbo dell'umore e precedenti incidenti di soffocamento. La Fast Eating Syndrome, invece, ha riportato una percentuale del 24% e, rispetto al rischio di disfagia, è più prevalente negli uomini di età compresa tra i 51 e i 59

anni. I risultati ottenuti in SPDC e CTRP sono stati confrontati, ma non sono state trovate differenze significative. Gli elementi più frequenti e statisticamente significativi per il rischio di disfagia sono stati la presenza di edentulia o protesi dentarie incongruenti, la collaborazione limitata e la velocità eccessiva o lentezza.

Conclusioni: Lo studio ha dimostrato la presenza di una considerevole percentuale di rischio di soffocamento e di Fast Eating Syndrome nella popolazione psichiatrica. Pertanto, la mera osservazione dei pazienti durante i pasti da parte dei professionisti sanitari non è sufficiente; è necessaria un'assistenza infermieristica più complessa, di natura relazionale ed educativa che comprenda valutazione, prevenzione e trattamento di segni/sintomi o comportamenti scorretti.

Parole chiave: sindrome coronarica da caffè, pazienti psichiatrici, disfagia, disturbi della deglutizione, Fast Eating Syndrome

INTRODUZIONE

Il soffocamento durante l'ingestione di cibo o bevande, noto come caffè coronary syndrome (Pathak 2016), è una delle principali cause di morte nei pazienti psichiatrici, rappresentando circa il 10% delle morti accidentali. Lo studio di Ruschena et al. (2003) ha rilevato che gli adulti con schizofrenia hanno un rischio 30 volte maggiore di soffocamento rispetto alla popolazione generale, mentre coloro con patologie mentali organiche hanno un rischio 43 volte maggiore.

Il termine *café coronary syndrome* è stato coniato da Haugen nel 1963 per descrivere la morte improvvisa durante un pasto, causata dall'occlusione delle vie aeree superiori da cibo. Negli Stati Uniti, il fenomeno è stato inizialmente attribuito a sindrome coronarica acuta, ma uno studio di 121 casi ha dimostrato che la causa era l'occlusione delle vie aeree da bolo alimentare. Wick, Gilbert e Byard (2006) hanno trovato che oltre il 60% delle vittime di soffocamento da cibo aveva una storia di malattie cerebrali o disturbi psichiatrici, dovuti a disfagia, comportamenti alimentari anomali e impulsività. Gli psicofarmaci sedativi/ipnotici e la scarsa dentizione aumentano il rischio.

Uno studio italiano (Fioritti, Giaccotto & Melega, 1997) ha identificato la disfagia bradicinetica e la fast eating come principali cause di incidenti gravi o fatali. In 31 incidenti, un episodio di polmonite è stato fatale, 5 casi hanno richiesto rianimazione o la manovra di Heimlich, e 4 ricoveri in terapia intensiva. Un altro studio (Hwang S. J. et al., 2010) ha suggerito che l'età media dei pazienti con episodi di soffocamento è di 59,7 anni, più alta rispetto ai degenti generali (44,4 anni), e che gli uomini hanno 3 volte più probabilità di soffocare rispetto alle donne. La maggior parte degli incidenti si verifica durante la colazione, probabilmente a causa degli effetti residui degli ipnotici.

Nei pazienti psichiatrici, la frequenza della disfagia varia tra il 9% e il 46%, differenze notevoli a causa dell'eterogeneità delle definizioni diagnostiche e degli studi. La misurazione della disfagia è complessa per difficoltà cognitive e comunicative che impediscono il consenso a procedure diagnostiche come la Videofluoromanometria (VFM). Regan, Sowman e Walsh (2006) hanno trovato che il 32% dei pazienti psichiatrici soffre di problemi di deglutizione, con una maggiore incidenza nei reparti per acuti (35%) rispetto alle comunità terapeutiche (27%). Le difficoltà di deglutizione secondo gli autori sono associate all'incremento di farmaci antipsicotici durante le fasi acute e alla polifarmacoterapia.

Secondo Bazemore et al. (1991), la disfagia bradicinetica era presente nel 25% dei pazienti esaminati. La

corretta formazione del bolo alimentare dipende da una masticazione efficiente e dalla quantità di saliva, che può essere ridotta dai farmaci antimuscarinici, causando xerostomia e difficoltà di deglutizione. I farmaci neurolettici, usati per trattare la schizofrenia, sono associati a sindromi extrapiramidali che influenzano le fasi orale e faringea della deglutizione. Altri fattori di rischio includono età, comorbidità, mobilità limitata, fumo e alcol.

La Fast Eating Syndrome (FES), comune nei pazienti psichiatrici cronici, è caratterizzata da velocità e impulsività nell'assunzione del pasto, scarsa masticazione e ingestione di grossi boli. Questa cattiva abitudine può essere indotta ed aggravata dalle routine ospedaliere che prevedono pasti rapidi.

Le difficoltà di deglutizione indotte da psicofarmaci sono comuni, con il 75% dei pazienti con sintomatologia extrapiramidale che mostra aspirazione e altre complicanze. Una revisione di Cicala et al. (2019) ha esaminato la disfagia indotta da antipsicotici e le sue complicazioni, come soffocamento e polmonite. Gli antipsicotici sono un fattore di rischio significativo per la disfagia, soprattutto nei pazienti con disabilità intellettiva e demenza. Inoltre gli antipsicotici atipici, nonostante abbiano meno effetti collaterali, non hanno eliminato la disfagia. Sempre Cicala et al. (2019) ha evidenziato dismotilità esofagea in pazienti trattati con clozapina, risperidone, olanzapina, quetiapina, aripiprazolo e paliperidone. Anche l'uso di benzodiazepine o altri sedativi può inibire il riflesso faringeo, causando paralisi della faringe. (Cicala et al., 2019).

Una revisione sistematica di Lu et al. (2017) ha evidenziato che il soffocamento è evitabile e ribadisce i principi sopra citati: l'identificazione e il trattamento dei fattori di rischio (ad esempio la scarsa dentizione), l'educazione in caso di cattive abitudini alimentari, le eventuali modificazioni alla dieta, la registrazione degli effetti collaterali indotti dai farmaci antipsicotici, la necessità di allertare i caregivers dell'alto rischio di soffocamento nelle persone con patologia mentale e la formazione sulle manovre di emergenza.

Un recente studio di Guthrie et al. (2023) ha evidenziato che la disfagia e il soffocamento sono altamente prevalenti negli adulti con disturbi di salute mentale con sono frequenti fenomeni di diagnostic shadowing e di minore attenzione alle comorbidità, ma ha evidenziato anche come la ricerca sulla loro esperienza personale è scarsa. L'inclusione dei pazienti nel riconoscimento, valutazione e trattamento delle difficoltà durante i pasti è fondamentale. Questi dati recenti sottolineano l'importanza di un approccio inclusivo e multidisciplinare nella gestione della disfagia nei pazienti psichiatrici, per migliorare la loro qualità di vita e ridurre il rischio di complicazioni gravi.

L'obiettivo di questo studio è di stimare il rischio di soffocamento nei pazienti psichiatrici ricoverati nelle diverse strutture di un Dipartimento di Salute Mentale attraverso due parametri (Indice di Rischio di Disfagia e osservazione della presenza di Fast Eating Syndrome).

MATERIALI E METODI

Design dello studio. Lo studio di natura osservazionale è stato condotto nel Dipartimento di Salute Mentale di una ULSS della regione Veneto, includendo il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) e una Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta (CTRP).

I dati sono stati raccolti tramite osservazione diretta dei pazienti durante i pasti (prevalentemente pranzo in pochi casi cena). Sono stati annotati i tempi e le modalità di assunzione del pasto (ad esempio, scarsa masticazione, ingestione di bocconi molto grandi) e compilato l'Indice di Rischio di Disfagia (IRD). I risultati sono stati sintetizzati e trascritti in un dataset, utilizzato per l'analisi statistica.

Setting e campione. Le valutazioni sono state svolte in SPDC e in una CTRP. In queste due strutture i pasti vengono generalmente distribuiti e assunti in una sala mensa. La ricercatrice SS ha osservato tre pazienti al giorno, estratti casualmente all'inizio della mattinata. Il giorno successivo, venivano osservati altri pazienti, fino ad esaurimento dei ricoverati. In caso di dimissione, si dava priorità alla valutazione.

Criteri di eleggibilità:

- Inclusione.
 - Pazienti che mangiavano in sala pranzo,
 - dalla terza giornata di ricovero,
 - che esprimevano consenso formale.
- Esclusione.
 - Rifiuto di partecipazione,
 - età inferiore ai 18 anni e superiore ai 76 anni (Regan et al., 2006),
 - diagnosi di demenza o psicosi organica,
 - condizioni psicopatologiche tali da rendere l'osservazione non appropriata (secondo indicazioni della équipe curante),
 - assunzione dei pasti in camera,
 - rifiuto del cibo.

Strumenti di ricerca. È stata utilizzata la scala IRD - Indice di Rischio di Disfagia (Gaio et al., 2021), composta da 15 item con valori variabili tra 0,5 e 2 punti. Il punteggio totale in ventesimi inquadra il paziente in quattro categorie di rischio: basso, medio, alto o disfagia vera e propria. L'osservazione durante i pasti è fondamentale per verificare la presenza di disturbi comportamentali, posturali, necessità di aiuto nell'assunzione, eccessiva velocità o lentezza. Informazioni aggiuntive sono state raccolte dalle cartelle cliniche e dagli operatori sanitari riguardo pregressi episodi di occlusione delle vie aeree da cibo o polmoniti ab ingestis.

Valutazione della Fast Eating Syndrome: Non esiste un test di screening specifico in letteratura; tuttavia, il comportamento è osservabile e catalogabile secondo indicazioni di letteratura.

Dataset. Per ogni paziente sono stati riportati i seguenti dati: numero progressivo, sesso, età, diagnosi psichiatrica di dimissione, presenza di comorbidità, terapia farmacologica, punteggio della scala IRD, presenza di Fast Eating Syndrome, incidenti precedentemente registrati, e note descrittive.

Procedura e raccolta dati. Ottenuta l'approvazione del progetto e le autorizzazioni dalla Direzione Sanitaria della ULSS, l'osservazione dei pazienti è durata due mesi in SPDC

e meno di un mese in CTRP. La raccolta dei dati ha garantito l'anonimato dei pazienti e ha coinvolto il personale sanitario delle strutture psichiatriche. La ricercatrice ha partecipato alle attività di distribuzione dei pasti e assistenza ai pazienti, osservando i pasti in modo non invasivo.

Elaborazione dei dati. I dati raccolti sono stati elaborati utilizzando il programma Excel effettuando analisi statistica descrittiva. È stato anche utilizzato il test Chi Quadro di Pearson, accettando un livello di significatività statistica $\leq 0,05$.

RISULTATI

Analisi ambientale

In SPDC erano soprattutto gli operatori socio-sanitari (OSS) a seguire i pazienti durante i pasti, rimanendo all'interno della sala mensa ad osservare ed eventualmente ad intervenire, mentre gli infermieri si occupavano di altre attività assistenziali.

In SPDC in generale, la mattinata era così strutturata: alle h 8.00 si ha la distribuzione della colazione, al termine della quale è data una sigaretta ai fumatori che ne facessero richiesta; dalle h 8.30 alle 9.30, si svolgeva attività di psico-educazione, la cui partecipazione era volontaria; alle h 10.00 è data un'altra sigaretta ed eventualmente un'uscita all'interno dell'area ospedaliera della durata massima di 20 minuti; infine, alle h 12.00, è previsto il pranzo, con successiva consegna di una sigaretta.

In CTRP invece, infermieri e OSS erano soliti sedersi ai tavoli con i pazienti per consumare insieme i pasti (pasto terapeutico); la giornata era scandita da diverse e molteplici attività, con orari più flessibili e una distribuzione delle sigarette più frequente.

Campione

Il campione totale è di 51 pazienti, 34 pazienti del SPDC 17 della CTRP. In SPDC abbiamo 61 ricoverati nel periodo di rilevazione; due non erano eleggibili poiché avevano più di 76 anni e due non hanno partecipato in

quanto affetti da demenza. Il campione potenziale era dunque di 57 pazienti e il tasso di rispondenza è stato del 59,6%. Per quanto riguarda invece la CTRP il tasso di rispondenza è stato del 100%, ossia di 17 degenti.

Tab. 1 – Campione generale

	Frequenze	Percentuali	Tasso rispondenza
SPDC	34	67%	59,6%
CTRP	17	33%	100%
Tot.	51	100%	

Il campione è composto da 28 uomini e 23 donne e la maggior parte degli utenti (35%) ha un'età tra i 31 e i 50 anni; l'età media dei pazienti osservati è stata infatti di 46,5 anni.

Il 62,7% soffre di disturbi psicotici, il 21,6% di disturbi dell'umore, l'11,8% di disturbi della personalità, il restante 2%, di patologie che non rientrano nelle 3 macro-gruppi principali sopracitati.

Inoltre, il 43% soffre di altre comorbidità; tuttavia data l'eterogeneità di queste ultime, non è stata possibile una suddivisione in classi e un'eventuale aggregazione di tali dati.

I pazienti osservati assumono in media 2,9 psicofarmaci al giorno e il 34% dai 4 ai 6. In particolare, per il 31% si tratta di antipsicotici atipici, per il 27% di benzodiazepine (BDZ) e per il 17% di antipsicotici tipici (*Tabella 3*). Alla terapia farmacologica specifica, si aggiunge un 25% di degenti che assume anche altri farmaci per patologie di natura organica, soprattutto antiipertensivi e ipolipemizzanti.

Per tutti i pazienti inoltre è stata verificata, tramite consultazione della documentazione clinica o testimonianze dirette degli operatori sanitari, la presenza di incidenti precedentemente registrati, seguendo la definizione data da Balzmore et al. nel 1991, ovvero "un episodio acuto nel quale il paziente tossisce incessantemente o subisce un cambiamento di colore (con l'incapacità di parlare o tossire efficacemente) durante l'ingestione di cibo o bevande. Il cibo liquido o solido deve essere espulso affinché termini l'evento".

Tab. 2 – Caratteristiche socio anagrafiche e cliniche del campione

		Frequenze	Percentuali
Genere	M	28	55%
	F	23	45%
Età	18 - 30	8	16%
	31 - 50	18	35%
	51 - 59	15	29%
	60 - 73	10	20%
Diagnosi	Disturbi dell'umore	11	21,6%
	Disturbi di personalità	6	11,8%
	Disturbi psicotici	32	62,7%
	Altro*	2	3,9%
Comorbidità	Sì	22	43%
	No	29	57%
N. psicofarmaci assunti al giorno	1	7	14%
	2	13	25%
	3	14	27%
	4	11	22%
	5	4	8%
	6	2	4%
Terapia non psichiatrica	Sì	13	25,5%
	No	38	74,5%
Incidenti precedentement e registrati	Sì	7	14%
	No	44	86%

È risultato che il 14% dei degenti ha riportato uno o più incidenti in passato; tuttavia questo dato si presta a sottovalutazioni considerando la scarsa rilevazione e successiva registrazione degli incidenti da parte dei sanitari.

Infine, per quanto riguarda gli utenti osservati in SPDC, la degenza media è stata di circa 16 giorni. Analisi del rischio di disfagia

Dalle osservazioni è emerso che il grado di rischio basso, con punteggi da 0 a 5,5, è stato presente nel 72,5% dei pazienti. Il grado di rischio medio (da 6 a 10,5) e alto (da 11 a 17) hanno avuto percentuali rispettivamente del 21,6% e del 5,9% (grafico 3). Non sono stati riscontrati punteggi tra 18 e 20, rappresentativi di disfagia vera e pro-

pria. Il range dei valori della scala IRD è stato da 0 a 12,5, con una media di 4,3, una mediana di 3,5 e una moda di 2.

Tab. 4 – Grado di rischio secondo scala IRD

Grado di rischio	Frequenze	Percentuali
Basso (da 0 a 5,5)	37	72,5%
Medio (da 6 a 10,5)	11	21,6%
Alto (da 11 a 17)	3	5,9%

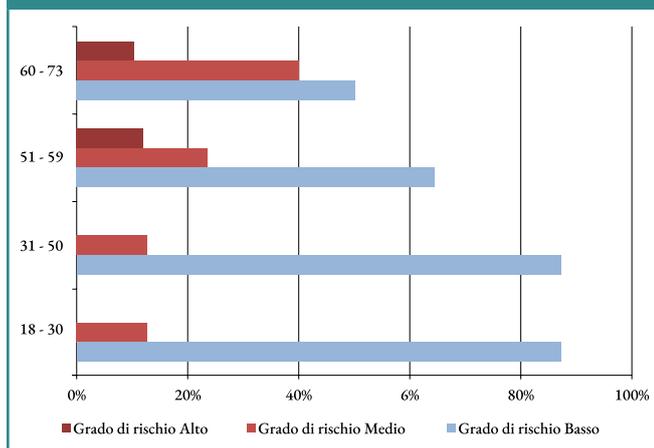
In particolare, il rischio medio/alto ha mostrato una maggiore prevalenza nel sesso femminile (43%) rispetto al sesso maschile (14%); questi valori sono risultati sta-

Tab. 3 – Classi di psicofarmaci in terapia

	Classi di psicofarmaci	Frequenze	Percentuali
Stabilizzatori dell'umore	Ionici	5	4%
	Antiepilettici	8	6%
Antipsicotici	Antipsicotici di 1 [^] generazione	22	17%
	Antipsicotici di 1 [^] gen. long-acting	4	3%
	Antipsicotici atipici	39	31%
	Antipsicotici atipici long-acting	2	2%
Benzodiazepine	BDZ	34	27%
Antidepressivi	Antidepressivi (NaSSA, SSRI, ..)	10	8%
	Antidepressivi triciclici	2	2%

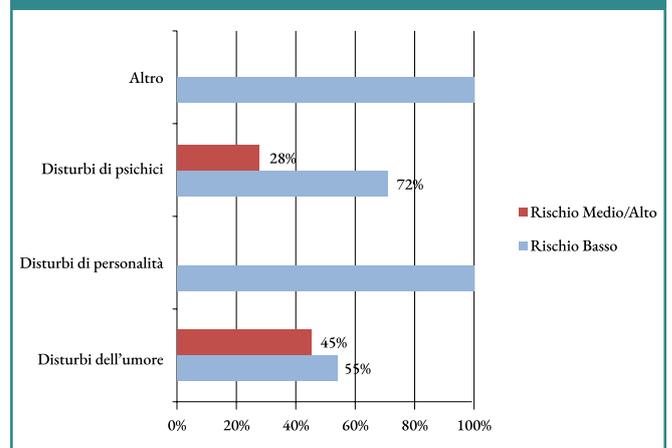
tiisticamente significativi ($p < 0,05$). In relazione all'età, la fascia più a rischio medio/alto è stata quella tra i 60 e i 73 anni (50%), mentre le fasce d'età tra i 18 e i 30 anni e tra i 31 e i 50 anni hanno mostrato un rischio del 13%.

Fig. 1 – Percentuali di rischio per fasce di età



Per quanto riguarda le diagnosi psichiatriche, i pazienti con disturbo dell'umore hanno mostrato un rischio medio/alto del 45%, seguiti da quelli con disturbi psicotici (28%). I pazienti con disturbi dell'umore hanno avuto un punteggio medio di 5,8, mentre quelli con disturbi psicotici di 4,3, con coefficienti di variabilità (CV) pres-

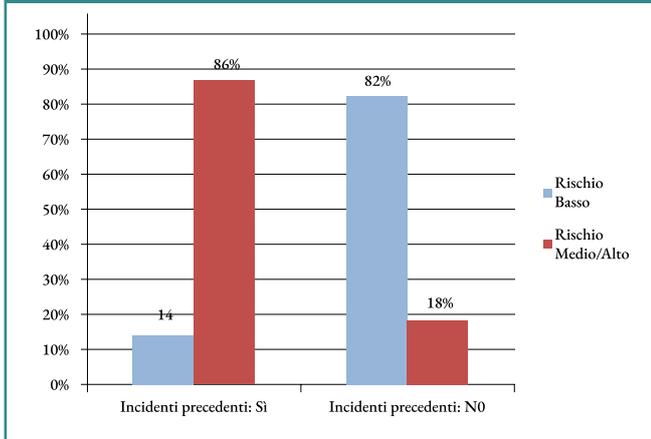
Fig. 2 – Percentuali di rischio in base alla diagnosi psichiatrica



soché analoghi (66% vs 67%). Gli utenti con disturbi di personalità o altre diagnosi hanno riportato punteggi esclusivamente bassi, in particolare tra 0 e 3,5.

Infine, il rischio di disfagia in rapporto agli incidenti precedentemente registrati ha mostrato un considerevole aumento nei pazienti che hanno riportato episodi di mancato soffocamento rispetto a coloro che non ne hanno mai registrati, rispettivamente 86% vs 18% di rischio medio/alto, questa relazione è risultata statisticamente significativa ($p < 0,01$).

Fig. 3 – Percentuali di rischio in base a incidenti precedenti

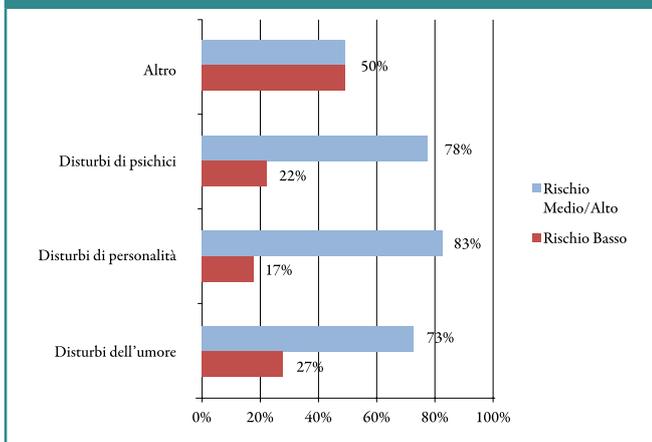


Analisi della Fast Eating Syndrome

La Fast Eating Syndrome (FES) è stata riscontrata nel 2,4% degli utenti. I comportamenti esemplificativi di FES più frequenti sono stati:

- Assunzione estremamente veloce del pasto: ad esempio, il paziente termina il pasto in 5-6 minuti e si alza dal tavolo.
- Assunzione veloce del cibo con bocconi molto grandi.
- Presenza di tosse durante il pasto.
- Necessità di essere richiamato più volte.
- Ingordigia e voracità: ad esempio, il paziente mangia una pesca in soli quattro pezzi.
- Scarsa masticazione e deglutizione veloce.

Fig. 4 – Presenza di FES in relazione con la diagnosi psichiatrica



In relazione al sesso, la FES è stata presente nel 17% delle donne e nel 29% degli uomini. Per quanto riguarda le fasce d'età, i pazienti più colpiti sono stati quelli tra i 51 e i 59 anni (35%), seguiti da quelli tra i 60 e i 73 anni (20%). In relazione alle diagnosi psichiatriche, i pazienti con disturbi dell'umore hanno riportato una percentuale del 27%, i pazienti con disturbi psicotici hanno mostrato una prevalenza del 22%, seguiti da quelli con disturbi di personalità (17%).

Infine, gli utenti con precedenti incidenti hanno avuto una prevalenza di FES del 57%, rispetto al 18% di coloro che non hanno riportato episodi antecedenti. È importante sottolineare che la relazione tra presenza di FES e incidenti precedentemente registrati è risultata statisticamente significativa ($p = 0,023$).

Confronto tra SPDC e CTRP

Nel confronto tra i due campioni, è emersa una maggiore presenza femminile in SPDC rispetto alla CTRP (53% vs 29%), con una conseguente presenza maschile rispettivamente del 47% e del 71%. L'età media dei pazienti in SPDC era di 43,9 anni, con la maggior parte dei pazienti (32,4%) nella fascia di età tra i 31 e i 50 anni. In CTRP, l'età media era di 51,6 anni, con la fascia di età più consistente tra i 51 e i 59 anni (41,2%), e un range di età dai 32 ai 65 anni (Tabella 5).

Per quanto riguarda le diagnosi psichiatriche, la totalità degli utenti osservati in CTRP presentava disturbi psicotici. Nel reparto per acuti (SPDC), il 44% dei pazienti aveva disturbi psicotici, il 32% disturbi dell'umore, il 18% disturbi di personalità e il restante 6% altre diagnosi psichiatriche.

In relazione al rischio di disfagia, i pazienti ricoverati in SPDC hanno mostrato un rischio medio/alto leggermente inferiore rispetto alle altre strutture, rispettivamente del 26,5% e del 29,4%.

Per quanto riguarda la Fast Eating Syndrome (FES), la differenza è stata più marcata: in SPDC è stata presente nel 20,6% dei pazienti, mentre in CTRP nel 29,4%. Tuttavia, in entrambi i casi, l'associazione tra disfagia o FES e la struttura di ricovero non è risultata statisticamente significativa ($p = 0,82$ vs $p = 0,48$).

Tab. 5 – Confronto dati socio anagrafici e clinici fra SPDC e CTRP

	Sesso		Età				Diagnosi psichiatriche			
	M	F	18-30	31-50	51-59	60-73	Dist. dell'umore	Dist. di personalità	Dist. psicotici	Altro
n*	16	18	8	11	10	5	11	6	15	2
%	47	53	23,5	32,4	29,4	14,7	32	18	44	6
Media	/		43,9				/			
SPD C Median a	/		45,5				/			
Moda	/		31				/			
CV*	/		33%				/			
n*	12	5	0	5	7	5	0	0	17	0
%	71	29	0	29,4	41,2	29,4	0	0	100	0
CTR P Media	/		51,6				/			
Median a	/		55				/			
Moda	/		45 e 61				/			
CV	/		20%				/			

Analisi scala IRD

La scala IRD, utilizzata per valutare il rischio di disfagia, è composta da 15 item, ciascuno con un punteggio variabile da 0,5 a 2 punti. I risultati hanno mostrato che gli item più frequenti, in ordine decrescente, sono:

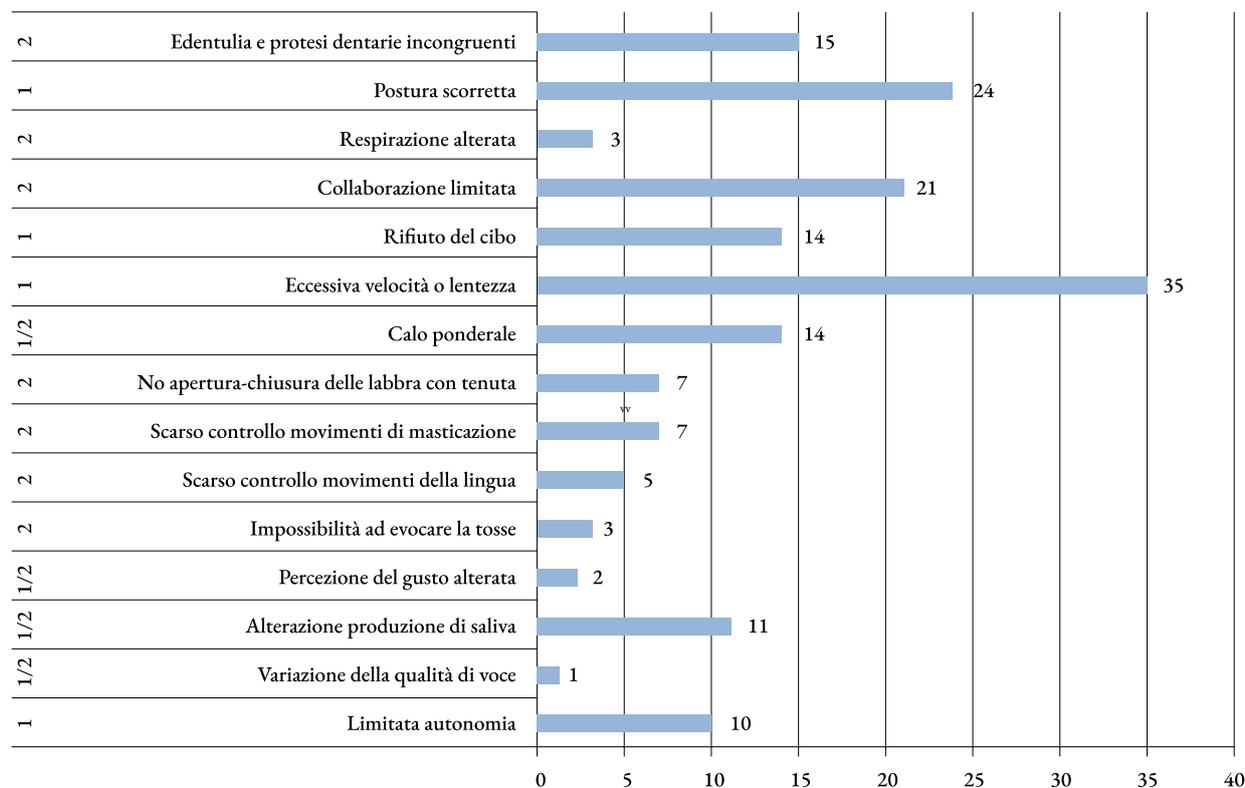
- Eccessiva velocità o lentezza nell'assunzione del cibo (n = 35/51): ad esempio, il paziente termina il pasto in 5 minuti o, al contrario, tiene il boccone in bocca per circa 10 secondi prima di deglutirlo.
- Postura scorretta (n = 24/51): ad esempio, il paziente fatica a mantenere una postura eretta e tende a inclinarsi all'indietro o iperestende il capo mentre beve.
- Collaborazione limitata (n = 21/51): dovuta a difficoltà di comprensione verbale e contestuale, come nel caso di pazienti deliranti, con allucinazioni uditive o particolarmente soporosi.
- Edentulia o protesi dentarie incongruenti (n = 15/51).
- Rifiuto del cibo e calo ponderale (entrambi 14/51).
- Alterazione nella produzione di saliva (n = 11/51).

Questi sei item sono stati associati al rischio di disfagia, rivelando che il 47% dei pazienti con edentulia o protesi den-

tarie incongruenti presenta un rischio medio/alto, rispetto al 19% di coloro con dentatura sana o protesi adeguate, con una relazione statisticamente significativa (p = 0,047). La postura scorretta è stata riscontrata nel 47% degli utenti, di cui il 58% ha un rischio di disfagia medio/alto. Al contrario, tra coloro con postura corretta (42%), l'indice di rischio è risultato basso. La collaborazione limitata, riscontrata nel 41% dei pazienti, è risultata significativamente associata all'IRD (p < 0,01), con il 52% dei pazienti con difficoltà di collaborazione che ha registrato un indice di rischio medio/alto. Il rifiuto del cibo è stato osservato nel 27% degli utenti, con un rischio medio/alto del 36%, rispetto al 25% di coloro che non presentano tale comportamento.

La relazione tra IRD e velocità anomala nell'assunzione del cibo è risultata statisticamente significativa (p < 0,01), con un rischio medio/alto presente solo nei pazienti con velocità non corretta (40% vs 0%). Il calo ponderale, registrato nel 27% dei degenti, ha visto una percentuale di rischio medio/alto del 36%. Infine, il 43% dei pazienti con alterazione nella produzione di saliva ha mostrato un IRD più alto, con questa problematica riscontrata nel 22% degli utenti.

Fig. 4 – Frequenza dei singoli item della scala IRD



DISCUSSIONE

In questo studio, il campione, seppur limitato nel numero, tende a confermare alcuni dati relativi ai fattori di rischio anche recentemente riportati in letteratura (Wang et al., 2024; Guthrie et al., 2023; Cicala et al., 2019, Aldridge & Taylor, 2012).

Ad esempio, il nostro studio ha osservato una percentuale più alta nel sesso femminile rispetto a quello maschile ($p = 0,02$) e questi dati trovano riscontro nello studio retrospettivo su incidenti fatali di soffocamento di Wick et al. (2005), che mostra che il 52% delle vittime era di sesso femminile, mentre il 48% di sesso maschile.

In riferimento alla diagnosi psichiatrica, vi sono discordanze tra i vari articoli in letteratura spesso gli articoli in letteratura non discriminano efficacemente fra le differenti diagnosi (Guthrie et al., 2023; Aldridge & Taylor, 2012), ma in generale i pazienti più a rischio di disfagia e/o soffocamento risultano essere quelli con schizofrenia e disturbo bipolare, dati che in questo studio vengono

parzialmente confermati vedendo percentuali del 45% per i disturbi dell'umore e del 28% per i disturbi psicotici.

Per quanto riguarda le fasce d'età, il rischio maggiore è stato riscontrato tra i 60 e i 73 anni, con un incremento del rischio all'aumentare dell'età. Questo può essere giustificato da una maggiore assunzione di terapia negli anni, l'instaurarsi di comorbidità e un fisiologico decadimento fisico e cognitivo.

Il dato sulla presenza o meno di incidenti precedenti è stato difficile da reperire e poco attendibile, poiché non sempre veniva rilevato e riportato in documentazione clinica con accuratezza. Questo può essere giustificato dal fatto che, soprattutto in SPDC, erano principalmente gli OSS ad occuparsi della distribuzione delle pietanze e a monitorare i pazienti durante il pasto, ma in ogni caso possiamo ipotizzare una sottovalutazione del fenomeno da parte del personale sanitario, ipotesi che trova riscontro anche nelle revisione di Guthrie et al. (2023) e nello studio di prevalenza di Regan et al. (2006).

Per quanto riguarda la Fast Eating Syndrome (FES), riscontrata nel 24% dei degenti, è stata osservata una percentuale maggiore negli uomini rispetto alle donne, nei pazienti con età compresa tra i 51 e i 59 anni e in quelli con diagnosi di disturbo dell'umore. Non è stato possibile confermare tali dati consultando la letteratura, poiché non sono stati condotti studi specifici sulla FES. Tuttavia, la problematica del mangiare troppo velocemente si è rivelata considerevole nel nostro studio. La FES comunque appare come un fenomeno sotto-stimato sia dai clinici che dalla letteratura perlomeno riferita al paziente psichiatrico adulto: difatti troviamo accenni solo in studi dei primi anni '90 dello scorso secolo (Bazemore et al., 1991) anche se il fast eating viene spesso citato come comportamento a rischio (Mötteli et al., 2023; Guthrie et al., 2023).

Tale sottovalutazione potrebbe portare a comportamenti clinico/organizzativi che danno priorità alla sorveglianza "organica" o "post" piuttosto che alla prevenzione o educazione; ovvero controllare il paziente pronti ad intervenire nel caso di soffocamento piuttosto che adottare comportamenti organizzativi che non possono che essere a valenza relazionale ed educativa verso il paziente per modificarne i comportamenti a rischio.

Dal confronto tra SPDC e CTRP è emersa una percentuale di rischio di disfagia medio/alto rispettivamente del 26,5% e del 29,4%. Nonostante in letteratura sia stata riscontrata una più alta prevalenza di difficoltà di deglutizione nei reparti per acuti (Regan et al., 2006), le percentuali si discostano di poco. Questo può essere interpretato per cui nelle strutture in cui è stata condotta l'indagine, i pazienti in CTRP erano più anziani (età media di 51,6 anni rispetto ai 43,9 anni in SPDC), affetti da disturbi psicotici e probabilmente esposti per una più ampia esposizione temporale agli psicofarmaci, nonostante in quel momento dosaggi farmacologici inferiori rispetto al reparto acuti. Questo dato appare interessante e meriterebbe ulteriori approfondimenti di letteratura. Anche la FES è stata presente in percentuale maggiore in comunità rispetto al reparto per acuti (29,4% vs 20,6%).

Per quanto riguarda gli item della scala IRD, quelli risultati statisticamente significativi sono stati l'edentulia o la presenza di protesi dentarie incongruenti ($p = 0,047$), la collaborazione limitata dalla difficoltà di comprensione verbale e contestuale ($p < 0,01$) e l'eccessiva velocità o lentezza nell'assunzione del cibo ($p < 0,01$), item questo che è stato inoltre il più frequente a conferma che il fast eating è molto frequente come fattore di rischio.

Aquila et al. (2018), sostengono che una diagnosi e trattamento precoci di edentulia e alterazione della salivazione (altro segno registrato tramite la scala IRD, presente nel 22% degli utenti), attraverso un'opportuna igiene orale e un controllo della xerostomia, possano portare a una significativa riduzione della morte per asfissia da cibo negli adulti.

Tra i possibili limiti dello studio troviamo sicuramente una bassa numerosità campionaria che unita al fatto che lo studio sia monocentrico non ci permette di poter generalizzare i risultati. Inoltre, non è stato possibile valutare l'esposizione psicofarmacologica, in particolare ai neurolettici, dei pazienti; comunque, non si può stabilire una relazione di causa-effetto tra rischio di disfagia e classe farmacologica, dosaggio o interazione con altri farmaci, data la difficoltà nell'aggregazione di tali dati.

CONCLUSIONI

Lo studio ha mostrato la presenza di una considerevole percentuale di utenti con rischio di disfagia e di Fast Eating Syndrome (FES), sia nel reparto per acuti, sia nelle comunità terapeutiche e nei centri diurni. Nonostante i limiti dello studio, i risultati contribuiscono alla conoscenza di un tema ancora poco esplorato, evidenziando la complessità del rischio di soffocamento nell'ambito della salute mentale a causa della presenza di molteplici variabili che non sono riconducibili solo ad ambiti farmacologici o di comorbilità, ma anche a fattori relazionali, comportamentali ed ambientali.

Appare comunque chiaro che non è sufficiente la sola osservazione dei pazienti durante i pasti da parte degli

operatori socio sanitari. È necessaria un'assistenza infermieristica più complessa, che comprenda interventi di valutazione (attraverso strumenti di screening specifici per la psichiatria), prevenzione e trattamento di segni/sintomi o comportamenti scorretti, talvolta insiti nella patologia psichiatrica, come ad esempio la compulsività nell'alimentarsi. Obiettivi assistenziali e clinici da perseguire tramite l'uso di interventi relazionali ed educativi ma anche utilizzando la socialità naturale del pasto come momento assistenziale e terapeutico.

Certo, emerge la necessità di addestrare il personale sui principi di primo soccorso per le vittime di incidenti di soffocamento, di redigere protocolli per la prevenzione di questi incidenti e di collaborare con un team multidisciplinare (Fioritti et al., 1997), ma anche di rendere, soprattutto in Spdc, il momento del pasto un momento relazionale terapeutico, e non solo di controllo delle complicanze.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Imembro SISISM, IOV Istituto Oncologico Veneto IRCCS*

° *Aulss 4 Veneto Orientale*

CORRISPONDENZA

alberto.camuccio@iov.veneto.it

silvia.stefenelli@ulss4.veneto.it

BIBLIOGRAFIA

1. Aldridge, K. J., & Taylor, N. F. (2012). *Dysphagia is a common and serious problem for adults with mental illness: a systematic review*. *Dysphagia*, 27(1), 124-137.
2. Aquila, I., Gratteri, S., Sacco, M. A., Nuzzolese, E., Fineschi, V., Frati, P., & Ricci, P. (2018). *Could the screening for correct oral health reduce the impact of death due to bolus asphyxia in adult patients? A forensic case report*. *Medical Hypotheses*.
3. Chen, C. F., Chen, Y. F., Chan, C. H., Lan, T. H., & Loh, E. W. (2015). *Common factors associated with choking in psychiatric patients*. *The Journal of Nursing Research*.
4. Cicala, G., Barbieri, M. A., Spina, E., & de Leon, J. (2019). *A comprehensive review of swallowing difficulties and dysphagia associated with antipsychotics in adults*. *Expert Review of Clinical Pharmacology*, 12(3), 219-234.
5. Fioritti, A., Giaccotto, L., & Melega, V. (1997). *Choking incidents among psychiatric patients: retrospective analysis of thirty-one cases from the west Bologna psychiatric wards*. *Can J Psychiatry*.
6. Gaio, F., Principe, A., & Soravia, C. (2021). *Ottimizzazione dei valori soglia e verifica della ripetibilità del test Indice di Rischio di Disfagia (IRD)*. *Logopedia e Comunicazione*, 17(3).
7. Guthrie, S., Baker, J., Cahill, J., & Hemsley, B. (2023). *Mealtime difficulties in adults with mental health conditions: an integrative review*. *Journal of Mental Health*, 32(2), 504-516.
8. Hwang S.J., Tsai S.J., Chen I.J., Hsu F.C., Li C., Kao K.P.; *Choking incidents among psychiatric inpatients: a retrospective study in Chutung Veterans General Hospital*. *J Chin Med Assoc*, 2010
9. Lu, Q. F., Ma, Q., Rithwan, S., Ng, H. C., Lee, S. L., Lee, K. M., Krishnan, K., & Xie, H. (2017). *Risk factors and nursing strategies to manage choking in adults with mental illness: a systematic review protocol*. The Joanna Briggs Institute.
10. Mötteli, S., Provaznikova, B., Vetter, S., Jäger, M., Seifritz, E., & Hotzy, F. (2023). *Examining nutrition knowledge, skills, and eating behaviours in people with severe mental illness: A cross-sectional comparison among psychiatric inpatients, outpatients, and healthy adults*. *Nutrients*, 15(9), 2136.
11. Pathak, A. K. (2016). *Autopsy detection of café-coronary syndrome in a psychiatric patient*. *Journal of Indian Academy of Forensic Medicine*, 38(3), 376-377.
12. Regan, J., Sowman, R., & Walsh, I. (2006). *Prevalence of dysphagia in acute and community mental health settings*. *Dysphagia*, 21, 95-101.
13. Ruschena, D., Mullen, P. E., Palmer, S., Burgess, P., Cordner, S. M., Drummer, O. H., Wallace, C., & Barry-Walsh, J. (2003). *Choking deaths: the role of antipsychotic medication*. *British Journal of Psychiatry*. Wick, R., Gilbert, J. D., & Byard, R. W. (2006). *Café coronary syndrome-fatal choking on food: an autopsy approach*. *Journal of Clinical Forensic Medicine*.
14. Wang, J., Gao, C., Fu, C., & Li, K. (2024). *Dysphagia in schizophrenia: pathological mechanisms and treatment recommendations*. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1448623.

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:

Bernardo Dell'Osso
Giovanni Migliarese

Segretario:

Virginio Salvi
Vice-Segretario:
Lara Malvini

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli
Consiglieri eletti:
Antonio Amatulli
Stefano Barlati
Giorgio Bianconi
Debora Bussolotti
Paolo Cacciani
Camilla Callegari
Annabella Di Giorgio
Federico Durbano
Gianmarco Giobbio
Alessandro Grecchi
Carla Morganti
Giovanna Molinari
Silvia Paletta
Gianpaolo Perna
Paolo Risaro
Caterina Viganò

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Laura Fusar Poli
Federico Grasso

Membri di diritto:

Emi Bondi
Massimo Clerici
Carlo Fraticelli
Giancarlo Cerveri
Claudio Mencacci
Mauro Percudani
Antonio Vita

Consiglieri Permanenti:

Giuseppe Biffi
Alberto Giannelli
Antonio Magnani
Massimo Rabboni
Simone Vender
Antonio Vita