



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria

SERVIZI DI SALUTE MENTALE APERTI AD UNA SOCIETÀ IN CAMBIAMENTO: RIPENSARE AI PERCORSI DI CURA.

PROPOSTE CONCRETE
PER FORNIRE RISPOSTE
AI BISOGNI.

INSERTO DI
PSICHIATRIA OGGI
Anno XXXVIII



INDICE

DOCUMENTI SIPLO: UNO STRUMENTO DI RIFLESSIONE SULLA FINALITÀ DELLA NOSTRA DISCIPLINA ED UNA GUIDA ALL'OPERARE QUOTIDIANO <i>Giancarlo Cerveri</i>	03
CONFRONTO, CONTINUITÀ E CAMBIAMENTO: RIFLESSIONI E PROSPETTIVE DAI GRUPPI DI LAVORO DELLA SIP LOMBARDIA <i>Giovanni Migliarese Bernardo Dell'Osso</i>	06
TRATTAMENTO DEI DISTURBI MENTALI IN ETÀ GIOVANILE <i>Coordinatore: Mauro Percudani</i> <i>Gruppo di lavoro: Simona Barbera, Marta Barbieri, Scilla Beraldo, Angelo Bertani, Paolo Brambilla, Cinzia Bressi, Debora Bussolotti, Giorgio Cerati, Chiara Colli, Antonella Colucci, Lorenzo Del Fabro, Cecilia Esposito, Marina Loi, Francesca Maggioni, Lara Malvini, Anna Omboni, Mauro Percudani, Chiara Rovera, Maira Chiarelli Serra, Margherita Trinchieri, Alessio Vincenti</i>	08
ATTIVITÀ OSPEDALIERE ED EMERGENZE PSICHIATRICHE <i>Coordinatori: Emi Bondi e Carlo Fraticelli</i> <i>Gruppo di lavoro: Paolo Cacciani, Federica Calorio, Simone Cavallotti, Armando D'Agostino, Valentina Dalò, Paola Marianna Marinaccio, Silvia Paletta, Adelaide Panariello, Fabrizio Pavone, Sara Maria Pozzoli, Matteo Rocchetti, Virginio Salvi</i>	36
DELLA SOCIETÀ SCIENTIFICA SUL TEMA SOGGETTI AUTORI DI REATO CON PATOLOGIA PSICHICA <i>Coordinatori: Giancarlo Cerveri e Alessia Cicolini</i> <i>Gruppo di lavoro: Antonio Amatulli, Antonio Calento, Fabio Canegall, Federico Durbano, Anna Giroletti, Paolo Azzone, Virginio Salvi</i>	46
DOPPIA DIAGNOSI <i>Coordinatori: Massimo Clerici e Federico Durbano</i> <i>Gruppo di lavoro: Giorgio Bianconi, Anna Giroletti, Paolo Risaro, Daniele Salvadori, Alessio Vincenti</i>	59
LA RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI TERRITORIALI <i>Coordinatore: Giovanni Migliarese</i> <i>Gruppo di lavoro: Vera Abbiati, Scilla Beraldo, Giorgio Bianconi, Federico Durbano, Nicola Dusi, Francesca Maggioni, Mattia Marchetti, Alberto Pasi, Matteo Porcellana</i>	67
IPOTESI DI EVOLUZIONE DEL SISTEMA RESIDENZIALE PSICHIATRICO LOMBARDO – REVISIONE 2025 <i>Coordinatori: Caterina Viganò e GianMarco Giobbio</i> <i>Gruppo di lavoro: Antonio Amatulli, Stefano Barlati, Alessandro Carozzi, Daniele Carretta, Alessandro Grecchi, Alessandra Martinelli, Giovanna Valvassori</i>	77

ATTIVITÀ OSPEDALIERE ED EMERGENZE PSICHIATRICHE

Coordinatori:

Emi Bondi (ASST Papa Giovanni XXIII - Bergamo)

Carlo Fraticelli (Ospedale Valduce Consulente - Como)

Gruppo di lavoro:

Paolo Cacciani (ASST Spedali Civili Brescia)

Federica Calorio (ASST Pavia)

Simone Cavallotti (ASST Santi Paolo e Carlo - Milano)

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

Valentina Dalò (ASST Pavia)

Paola Marianna Marinaccio (ASST Brianza - Desio)

Silvia Paletta (ASST Lodi)

Adelaide Panariello (AO Ospedale Niguarda Ca' Granda - Milano)

Fabrizio Pavone (ASST Pavia)

Sara Maria Pozzoli (Cà Granda Ospedale Maggiore - Milano)

Matteo Rocchetti (ASST Pavia)

Virginio Salvi (ASST Crema)

INTRODUZIONE

La psichiatria dell'urgenza rappresenta un settore in evoluzione. La pressione sociale, le modifiche dei fattori di rischio, la crisi del sistema dell'emergenza/urgenza generano richieste complesse, che necessitano di una risposta multiprofessionale e multidisciplinare. Le risorse a disposizione dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) non si aggiornano con la stessa rapidità, pertanto una riflessione sui punti critici appare cruciale per formulare proposte costruttive. Il gruppo di approfondimento e proposta SIPLO "Attività ospedaliere ed emergenze psichiatriche", costituitosi nell'aprile 2025, ha individuato quattro sottogruppi, corrispondenti ad altrettante aree tematiche ritenute significative:

- Contatti e collegamenti PS-SPDC-setting pre- e post-ospedalieri
- Consulenza e collegamento con i diversi ambiti ospedalieri, con particolare attenzione alle situazioni di criticità clinico-trattamentale, in particolare ai tentativi suicidari (TS) e alle condizioni di rischio suicidario.
- Emergenze psichiatriche/comportamentali in età evolutiva
- Procedure per interventi non consensuali (adulti e minori)

CONTATTI E COLLEGAMENTI PS - SPDC - SETTING PRE- E POST-OSPEDALIERI

Premessa

Il presente documento intende offrire una riflessione aggiornata sulle criticità e le dinamiche attualmente in atto nel sistema di collegamento tra i servizi territoriali, il Pronto Soccorso (PS) e i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), con particolare attenzione alle fasi pre- e post-ospedaliere nella gestione delle urgenze psichiatriche. Il contesto sanitario post-pandemico, la persistente carenza di risorse, e i cambiamenti interni all'utenza stanno infatti ridefinendo in profondità i percorsi di cura. Da un lato, il PS è chiamato a garantire una valutazione complessiva e multidisciplinare, evitando la stigmatizzazione di categorie di soggetti sulla base della

loro patologia e/o delle manifestazioni concomitanti; dall'altro, gli psichiatri vanno assumendo un ruolo via via più rilevante nel contesto dell'urgenza. Sempre più spesso, infatti, si trovano a gestire situazioni multiproblematiche che richiedono competenze che travalicano quelle tradizionalmente connesse alla pratica psichiatrica generale: stati di intossicazione, violenza domestica, crisi personali derivanti da complesse situazioni psicosociali, urgenze legate alla marginalità sociale, nonché criticità connesse ai fenomeni migratori.

1. Il territorio come centro della cura e le nuove fragilità del sistema

Nonostante il territorio resti il fulcro della presa in carico della salute mentale, l'interfaccia con l'ospedale risulta oggi sempre più fragile. La progressiva riduzione dei posti letto, dovuta in larga parte alla carenza di personale, limita la possibilità di accesso ai reparti per acuti e impone una riorganizzazione della gestione dell'urgenza. In assenza di posti letto disponibili, non solo nella propria struttura ma anche nella rete regionale — attualmente priva di un sistema informatizzato e consultabile per la verifica dell'occupazione degli SPDC — si ricorre talvolta ad ospedali di regioni confinanti, anch'essi sovente saturi.

2. Il Pronto Soccorso come “terzo spazio” nella gestione dell'urgenza psichiatrica

In tale contesto, l'équipe territoriale si trova spesso costretta a scegliere tra:

- La gestione diretta dell'urgenza sul territorio, in assenza di omogenei e diffusi strumenti operativi sul modello dell'*Home Treatment Team*;
- Il ricorso al PS, divenuto ormai un “terzo spazio” di fatto per la cura della sofferenza mentale.

Questo spazio ibrido, sviluppato come filtro infettivologico in epoca pandemica, è oggi utilizzato per valutazioni in setting ad alta intensità medica, data la crescente complessità dell'utenza: abuso di sostanze eccitanti (in particolare cocaina), gesti autolesivi me-

diante assunzione di farmaci e quadri clinici con elevata instabilità psicopatologica. Tuttavia, i PS sono in grave sofferenza, sovraffollati e carenti di personale, con spazi inadeguati e assenza diffusa di locali dedicati alla gestione delle urgenze psichiatriche o dei comportamenti alterati da sostanze. Gli psichiatri si trovano spesso a dover operare in ambienti non idonei, come corridoi o stanze improvvisate, con ripercussioni sulla qualità e sicurezza dell'intervento.

3. Interventi complessi e collaborazioni interdisciplinari

La gestione dei quadri acuti legati all'abuso di sostanze, spesso caratterizzati da disturbo comportamentale e incertezza diagnostica, richiede frequentemente la collaborazione con anestesisti e Centri Antiveneni (CAV), trattandosi di situazioni a prevalente gestione medica. In questi casi, si sottolinea la necessità di:

- Protocolli di intervento rapido dedicati, sul modello dei Trauma Team. La corretta gestione dei casi acuti con prevalente sintomatologia psichiatrica che afferiscono al PS dovrebbe prevedere la possibilità di un contatto preliminare, prima dell'accesso in ospedale, con la rete di emergenza-urgenza territoriale, finalizzato a garantire il collegamento tra urgenza territoriale e presidio ospedaliero;
- Procedure operative per i casi ad alto rischio e per la gestione dell'aggressività, con il coinvolgimento diretto delle Forze dell'Ordine (FFOO) e la tutela degli operatori sanitari. Paradossalmente, non sono rari i casi in cui soggetti inizialmente presi in carico delle FFOO, dopo aver manifestato comportamenti alterati, vengano lasciati in PS senza adeguata supervisione o custodia, aggravando la complessità clinica e organizzativa della situazione;
- Riconoscimento della comorbidità tra uso di sostanze e patologie psichiatriche come fattore critico di complessità clinica e di specificità assistenziale. Tale condizione ha un impatto rilevante sia sulla

gestione operativa da parte del personale sanitario, sia sugli esiti terapeutici a breve e lungo termine. La presenza di impulsività, aggressività, scarsa consapevolezza di malattia, craving, sintomi da astinenza e risposte farmacologiche complesse e non sempre prevedibili richiede competenze cliniche e relazionali avanzate, oltre ad abilità nelle tecniche di de-escalation. Tutti questi fattori incidono in modo significativo sulla qualità dell'intervento e sulla durata della degenza.

4. L'incremento delle urgenze psichiatriche in età evolutiva

Un fenomeno in allarmante crescita è il ricorso al PS da parte di minorenni con disturbi psichici. A fronte di numeri in costante aumento, si segnala l'assenza, in molti presidi, di consulenti di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPIA), con conseguente coinvolgimento improprio degli psichiatri dell'adulto.

Tale dinamica evidenzia la carenza strutturale di posti letto per minori e l'assenza di percorsi dedicati, malgrado l'evidente evoluzione epidemiologica.

5. Pressioni istituzionali e ricoveri impropri

Un ulteriore nodo critico è rappresentato dalle richieste di ricovero in SPDC avanzate dall'Autorità Giudiziaria e dalle strutture di riabilitazione psichiatrica. In numerosi casi, tali strutture pongono il ricovero ospedaliero come condizione necessaria per la continuità della cura residenziale, senza che vi sia una reale condivisione del caso con i servizi per le acuzie. In situazioni limite, il paziente viene di fatto "dimesso in SPDC" o addirittura inviato direttamente in PS, eludendo qualsiasi confronto clinico e organizzativo. L'appropriatezza del ricovero rappresenta un elemento fondamentale di ogni buona pratica clinica, garantita da équipe multidisciplinari e multiprofessionali operative negli SPDC, orientate al mantenimento di un clima di reparto terapeutico.

6. La crisi del sistema e il ruolo della rete

Infine, è da segnalare l'aumento di accessi al PS legati a situazioni di disagio sociale preminente, per le quali la rete assistenziale non riesce a fornire risposte tempestive o adeguate. In assenza di alternative, questi pazienti restano a lungo nei PS, con richieste inadeguate di ricovero in SPDC, che non rappresenta lo strumento idoneo per rispondere a bisogni sociali e abitativi.

Proposte

Il quadro attuale impone una profonda revisione dei modelli organizzativi e dei percorsi tra territorio, PS e SPDC. Si propone:

- L'implementazione di strumenti condivisi per la rilevazione, l'aggiornamento e la gestione dei posti letto disponibili;
- La creazione di protocolli di intervento rapido per i quadri clinici complessi;
- L'attivazione di spazi di intervento dedicati, in grado di garantire condizioni di sicurezza clinica e ambientale adeguati;
- Una formazione integrata e continua con il personale sanitario che opera nel setting dell'urgenza, accompagnata dalla diffusione e condivisione di documenti operativi per la gestione del disturbo comportamentale;^{1,2}
- Il rafforzamento della rete tra DSMD, Medici di Medicina Generale (MMG), continuità assistenziale e privato accreditato, per una presa in carico tempestiva e coordinata;
- La pianificazione strutturata del passaggio dal reparto ospedaliero ai percorsi post-acuti territoriali e/o riabilitativi;
- L'uso esteso di sistemi informativi integrati e di strumenti di telemedicina/telepsichiatria, per facilitare la comunicazione e la gestione condivisa dei casi tra reparti psichiatrici, PS, e operatori territoriali;
- Una maggiore attenzione ai rapporti con il privato accreditato, in particolare con le strutture residenziali e riabilitative, per garantire continuità terapeutica e appropriatezza dell'invio;

- L’attivazione di percorsi specifici per l’età evolutiva, con posti letto dedicati e modelli organizzativi adeguati ai bisogni psicologici, neuroevolutivi e relazionali;
- Il coinvolgimento strutturato delle forze dell’ordine per la gestione delle situazioni ad alto rischio per la sicurezza;
- Il superamento delle prassi disfunzionali che vedono il reparto psichiatrico come luogo di attesa per l’attivazione (o la maturazione) di progetti territoriali o comunitari, con particolare attenzione ai pazienti autori di reato o sottoposti a misure di sicurezza;
- Un investimento sul territorio, al fine di ridurre i ricoveri impropri e fornire risposte concrete al disagio sociale.

CONSULENZA E COLLEGAMENTO CON I DIVERSI AMBITI OSPEDALIERI, CON PARTICOLARE ATTENZIONE ALLE SITUAZIONI DI CRITICITÀ CLINICO-TRATTAMENTALI

Premessa

La consulenza psichiatrica in ambito ospedaliero rappresenta un’attività essenziale per l’identificazione e la gestione precoce di situazioni ad alto rischio clinico, come il rischio suicidario o gli scompensi a presentazione psichiatrica in soggetti con patologia organica. Il collegamento strutturato tra psichiatria e reparti medici e chirurgici è cruciale per garantire appropriatezza clinica, sicurezza operativa e continuità terapeutica. Le situazioni di criticità costituiscono spesso una sfida clinico-trattamentale che richiede modelli operativi condivisi e protocolli di intervento tempestivi. In tale prospettiva, il rafforzamento dei percorsi di consulenza specialistica, l’adozione di protocolli condivisi e la formazione integrata delle équipe multidisciplinari sono strumenti essenziali per ridurre il rischio clinico, migliorare l’appropriatezza degli interventi e garantire continuità nella presa in carico dei pazienti. Un collegamento efficace tra il reparto di psichiatria e gli altri ambiti specialistici – in particolare PS, medicina generale, chirurgia e terapia intensiva – è fondamentale per garantire una presa in

carico tempestiva, integrata e appropriata dei pazienti con problematiche psichiatriche acute.

1. Situazioni di criticità clinico-comportamentale

Assumono particolare rilevanza le situazioni caratterizzate da elevata complessità clinico-comportamentale, tra cui:

- Tentativi di suicidio;
- Presenza di rischio suicidario attivo o potenziale;
- Grave agitazione psicomotoria;
- Quadri psicopatologici che interferiscono con trattamenti medici o chirurgici in corso.

Nei casi di tentato suicidio, in particolare, è essenziale attivare un percorso clinico-assistenziale integrato che includa la valutazione psichiatrica precoce in PS, l’identificazione di fattori di rischio e protettivi, l’elaborazione di un piano di sicurezza condiviso e, quando necessario, il ricovero SPDC o l’invio strutturato ai servizi territoriali per il follow-up. Tali interventi richiedono competenza clinica, la definizione di protocolli interdipartimentali e la formazione congiunta del personale a vario titolo coinvolto, promuovendo l’interdisciplinarietà e l’interprofessionalità. Un riferimento operativo istituzionale è rappresentato dalla Raccomandazione Ministeriale n. 4, pubblicata nel 2008, relativa alla prevenzione del suicidio dei pazienti nel setting ospedaliero.³ Il documento fornisce indicazioni su aspetti clinici, strutturali e organizzativi da considerare nelle realtà locali, ma ancora oggi non trova un’implementazione omogenea.

2. Strumenti e approcci proposti

Per una gestione efficace del rischio suicidario e delle situazioni ad alta complessità clinica in ambito ospedaliero, si propone:

- La messa in atto della valutazione del rischio suicidario fondata sul giudizio clinico, integrabile con metodi strutturati e validati. L’utilizzo di scale standardizzate, quali l’*Ask Suicide-Screening Questions* (ASQ) e la *SAD PERSONS Scale*, supporta – senza sostituirla – la valutazione clinica, favorendo la stratificazione del rischio.

È fondamentale esplorare ideazione suicidaria, intento, pianificazione, accesso ai mezzi e fattori protettivi.^{4,5}

- L'implementazione di protocolli interdipartimentali condivisi tra DSMD e reparti ospedalieri;
- La formazione congiunta e interdisciplinare degli operatori sanitari coinvolti nella gestione di queste situazioni, quali medici, infermieri, psicologi, tecnici della riabilitazione psichiatrica e altri professionisti del settore;
- La presenza di équipe dedicate di psichiatria di collegamento, con tempi di risposta certi e competenze trasversali

3. Continuità assistenziale durante il ricovero

In caso di ricovero ospedaliero per patologie mediche concomitanti, è necessario assicurare la continuità della presa in carico psichiatrica lungo tutto il decorso clinico. A tal fine, si raccomanda l'adozione di un modello strutturato di psichiatria di liaison, in grado di garantire:

- Valutazione e intervento specialistico tempestivo;
- Integrazione del piano terapeutico psichiatrico nel percorso clinico generale;
- Supporto psicologico alla persona ricoverata;
- Sostegno all'équipe curante nella gestione della complessità.

4. Esiti e benefici attesi

L'intervento psichiatrico precoce e strutturato in ambito ospedaliero può produrre un impatto significativo su:

- La sicurezza del paziente, prevenendo esiti gravi o auto/eteroaggressivi;
- Il decorso clinico complessivo, riducendo complicanze e interruzioni terapeutiche;
- Il benessere psicologico delle équipe curanti, attraverso il contenimento dello stress operativo;
- La continuità della cura post-dimissione, migliorando l'aderenza ai percorsi terapeutici territoriali.

5. Criticità attuali e prospettive di miglioramento

Il sottogruppo di lavoro ha identificato le seguenti criticità operative ricorrenti:

- Tempi di attivazione della consulenza psichiatrica non standardizzati;
- Carenza di personale dedicato alla psichiatria di collegamento;
- Assenza di ambienti idonei alla valutazione psichiatrica in urgenza;
- Disomogeneità nei protocolli tra reparti e servizi;
- Mancanza di percorsi strutturati per pazienti con rischio suicidario.

Per superare tali criticità si propone:

- Il riconoscimento formale e operativo della psichiatria di collegamento come componente essenziale dell'assistenza ospedaliera integrata;
- L'istituzione di équipe multidisciplinari dedicate, con risorse professionali e logistiche adeguate;
- La definizione di procedure aziendali condivise per la gestione delle urgenze psichiatriche;
- La promozione di formazione continua per tutto il personale coinvolto.

6. Considerazioni

Alla luce della crescente complessità dei bisogni dei pazienti in ambito ospedaliero, la consulenza psichiatrica e il collegamento strutturato tra salute mentale e medicina generale rappresentano una priorità clinico-organizzativa. L'integrazione tempestiva di competenze psichiatriche nei percorsi ospedalieri, in particolare nelle situazioni di rischio clinico elevato, è una condizione necessaria per garantire qualità e sicurezza dell'assistenza, nonché per tutelare la salute psichica e fisica della persona.

EMERGENZE PSICHIATRICHE/COMPORAMENTALI IN ETÀ EVOLUTIVA

Premessa

La gestione delle emergenze comportamentali e psichiatriche in età evolutiva rappresenta una delle sfide più complesse nell'ambito dell'assistenza sanitaria, coinvolgendo diverse figure professionali: pediatri, medici dell'urgenza intra ed extraospedaliera, neuropsichiatri infantili e dell'adolescenza, nonché psichiatri dell'età adulta. Si tratta di una problematica clinica e organizzativa di grande rilevanza e criticità a livello nazionale, come dimostrano i dati relativi al numero di minori ricoverati in SPDC destinati agli adulti.

Sebbene bambini e adolescenti accedano ai servizi d'urgenza per molteplici motivi — inclusi fattori psicosociali — le cause più comuni comprendono: condotte suicidarie e autolesive, psicosi, agitazione, aggressività, abuso di sostanze e disturbi del comportamento alimentare. Il crescente afflusso di minori con problematiche psichiatriche ai Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) — contesti spesso inadeguati a rispondere ai loro specifici bisogni — e il conseguente aumento dei ricoveri ospedalieri, rappresentano fenomeni ampiamente documentati e in costante espansione, al punto da configurarsi come una vera e propria emergenza di salute pubblica.

1. Obiettivi e contesto della presa in carico

Alla luce di questa realtà clinica, si ritiene indispensabile definire linee di indirizzo condivise tra le diverse società scientifiche finalizzate alla prevenzione, valutazione e gestione delle emergenze comportamentali e psichiatriche in età evolutiva. La presa in carico dell'adolescente in ambito ospedaliero deve avvenire in ambienti adeguati, che rispettino le sue esigenze evolutive, la natura del disturbo, la sua sicurezza e che non costituiscano un'esperienza traumatizzante. Il personale coinvolto deve essere specificamente formato nella gestione delle situazioni di crisi. Appare inoltre centrale affrontare con

competenza e consapevolezza un tema particolarmente delicato nei contesti che coinvolgono popolazioni fragili — e ancor più nell'ambito minorile — quale quello della responsabilità e del consenso.

2. Criticità operative e bisogni clinici emergenti

- Gestione dei pazienti in età evolutiva in emergenza: tematica in crescita, critica e di grande impatto clinico-organizzativo;
- Fenomeno del boarding in PS: permanenza prolungata in aree inadeguate rispetto ai bisogni psichiatrici, oltre i tempi strettamente necessari;
- Presentazioni cliniche più frequenti: agitazione, condotte autolesive e suicidarie, rifiuto alimentare grave. Sono in aumento anche i comportamenti dirompenti, spesso resi più intensi dal concomitante abuso occasionale di sostanze, che assume un ruolo significativo sia nella slatentizzazione del disturbo psichiatrico, sia nella complessità della sua gestione;
- Carente risposta assistenziale appropriata, sia in termini qualitativi che quantitativi: la maggior parte delle evidenze e dei modelli di intervento proviene da ambiti non emergenziali (es. ambulatori o ricoveri programmati);
- Necessità di un modello specifico per l'intervento in PS: il modello dovrebbe integrare approcci farmacologici e non farmacologici, con l'obiettivo di stabilizzare il paziente e definire un piano assistenziale personalizzato (dimissione o ricovero in ambiente idoneo).

3. Proposte organizzative e direzioni di sviluppo

- Consenso sulla necessità di una consulenza tempestiva da parte della NPPIA, mentre il pediatra d'urgenza esegue tutte le valutazioni volte a escludere cause non psichiatriche della crisi.
- Gestione dei casi che coinvolgono il consulente psichiatra dell'età adulta in PS: emergono domande aperte, sollevate dalla pratica clinica quotidiana, su quali interventi attuare nell'attesa della consulenza specialistica e su quali modelli clinico-organizzativi sia opportuno implementare. Si evi-

denza la necessità di uno strumento dipartimentale che favorisca l'integrazione e la sinergia tra neuropsichiatria dell'età evolutiva, psichiatria dell'età adulta, servizi per le dipendenze e psicologia clinica, nonché una reciproca conoscenza dei rispettivi sistemi e modelli di cura.

- Consenso sull'esigenza di spazi di ricovero dedicati: è necessario garantire trattamenti intensivi, multimodali e personalizzati, che includano interventi psicoeducativi, psicoterapeutici e psicofarmacologici. Si sottolinea la necessità di superare l'idea del ricovero come semplice finestra temporale, rinviando ogni trattamento all'ambito ambulatoriale. Dove, con quali risorse?
- Urgenza di rendere operative le evidenze scientifiche sull'esordio precoce delle patologie psichiatriche; la maggior parte di esse si colloca in età evolutiva. È prioritario rafforzare le azioni di prevenzione e migliorare gli esiti attraverso risposte strutturate a una domanda in costante crescita.
- Consenso sulla necessità di istituire aree di transizione dall'età evolutiva all'età adulta all'interno dei DSMD, che facilitino, anche nell'ambito dell'urgenza, la definizione di procedure per l'implementazione di un piano di crisi condiviso e individualizzato — basato sui bisogni di cura — che comprenda interventi, risorse e strategie.

Criticita Sistemiche	Azioni
Carenza di psichiatri dell'età evolutiva	Attivazione di consulenza specialistica
Assenza di protocolli condivisi tra servizi	Protocolli di intervento (rischio suicidario, agitazione)
Frammentazione tra NPJA, psichiatria adulti e pediatria	Spazi protetti e personale formato nei PS pediatrici
Difficoltà nella gestione in PS e nei reparti pediatrici	Integrazione tra ospedale, NPJA, servizi territoriali
Carenza posti letto NPJA	Percorsi strutturati per la transizione verso la psichiatria adulti

Emergenze psichiatriche/comportamentali in età evolutiva

4. L'urgenza di dare una risposta

Le emergenze psichiatriche che giungono in ospedale coinvolgono minori spesso in condizioni di grave crisi, per i quali i contesti standard attuali di risposta all'emergenza si rivelano inadeguati. L'assenza di spazi e personale dedicati espone i pazienti a percorsi disfunzionali e potenzialmente traumatici. È urgente sviluppare modelli operativi specifici per l'età evolutiva, capaci di garantire interventi rapidi, sicuri e personalizzati in luoghi appropriati all'età, come indicato — da anni — dal Ministero della Salute nelle sue *Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza*,⁶ e come richiesto dall'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza (AGIA).⁷ Ospedali e servizi devono adattarsi alla complessità di questi quadri, costruendo risposte che non siano solo contenitive, ma realmente terapeutiche e capaci di superare la eccessiva disomogeneità degli interventi.

PROCEDURE PER INTERVENTI NON CONSENSUALI (ADULTI E MINORI)

Premessa

L'intervento psichiatrico in assenza di consenso costituisce una delle aree più complesse e delicate dell'attività clinica, poiché mette in tensione il diritto alla salute con il principio costituzionale all'auto-determinazione. L'obiettivo del lavoro di riflessione è offrire un quadro organico e aggiornato dei Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO) e degli Accertamenti Sanitari Obbligatori (ASO), alla luce dell'evoluzione normativa e giurisprudenziale, nonché delle prassi operative in ambito clinico.⁸

1. Questioni interpretative e aspettative

Un nodo centrale è il ruolo di garanzia del medico, che comporta obblighi di protezione e controllo anche nei confronti dei pazienti non in grado di esprimere un consenso valido. In tale ottica, il trattamento obbligatorio deve essere sempre interpretato come intervento terapeutico.

tico e riabilitativo, mai come mera misura contenitiva o custodiale, e deve mantenere come obiettivo il rispetto della dignità, sicurezza e salute del paziente.

La recente sentenza della Corte Costituzionale n. 76/2025 ha dichiarato parzialmente incostituzionale l'art. 35 della legge 833/78, nella parte in cui non garantiva al paziente sottoposto a TSO il diritto di essere informato del provvedimento, ascoltato dal giudice tutelare e destinatario della notifica del decreto di convalida.⁹ Tale pronuncia ha rafforzato le garanzie procedurali a tutela della libertà personale, richiamando un miglior coordinamento tra autorità sanitarie, giudiziarie e forze dell'ordine. L'obbligo di tracciabilità degli atti e di una documentazione clinica accurata sottolinea l'importanza della responsabilità e della trasparenza nelle decisioni sanitarie.

Se da un lato l'impostazione è stata accolta positivamente da più parti per l'attenzione ai diritti, dall'altro sono emerse criticità operative legate alla tracciabilità degli atti, alla documentazione clinica accurata, all'utilizzo di strumenti tecnologici per la comunicazione remota e alla necessità di adeguare le procedure esistenti. Si moltiplicano pertanto le richieste di un intervento normativo chiaro, aggiornato e praticabile.

2. Operatività

Nell'ambito della messa in atto degli interventi non consensuali, è fondamentale definire con chiarezza i criteri e le modalità di azione, tenendo conto delle implicazioni cliniche, etiche e legali.

- È necessario mantenere alta l'attenzione su questa area di intervento, che tocca i fondamenti della relazione terapeutica e della responsabilità clinica;
- Il ruolo di garanzia del medico implica un bilanciamento tra tutela del paziente e rispetto delle libertà individuali. Anche nei casi in cui il paziente non sia in grado di esprimere un consenso valido, il medico è chiamato a intervenire per salvaguardare la salute, garantendo allo stesso tempo proporzionalità e trasparenza e a fornire una adeguata documentazione;

- Il TSO non va inteso come misura coercitiva, ma come strumento terapeutico straordinario, volto alla protezione del soggetto in situazione di grave alterazione psichica;
- La citata pronuncia della Corte Costituzionale 76/2025 impone l'adeguamento delle prassi clinico-amministrative, rafforzando le garanzie procedurali e richiedendo tracciabilità, notifiche e ascolto del paziente anche in contesti di urgenza;
- È necessaria una maggiore consapevolezza e chiarezza nel coordinamento tra i diversi attori coinvolti nell'esecuzione dei TSO, al fine di risolvere criticità operative e tensioni tra operatori di polizia e operatori sanitari, chiamati ad agire in sinergia per l'attuazione corretta del provvedimento.

3. Il TSO in età evolutiva

Una particolare attenzione deve essere rivolta alla gestione del TSO nei minori, che pone criticità specifiche in termini di:

- disponibilità di risorse (posti letto dedicati, personale formato);
- appropriatezza clinica e giuridica dell'intervento;
- modelli integrati di presa in carico tra NPIA, PS, reparti pediatrici, servizi sociali e magistratura;
- necessità di ambienti sicuri e coerenti con le esigenze evolutive.

Il trattamento obbligatorio in età evolutiva deve essere sempre considerato *estrema ratio*, attivabile solo quando ogni altra forma di intervento consensuale o protetto sia stata valutata e ritenuta inadeguata.

4. Interventi urgenti in stato di necessità

Merita particolare attenzione il tema degli interventi sanitari effettuati in assenza di consenso, nei casi in cui si tratti di azioni proporzionate, urgenti e non differibili, rientranti nello *stato di necessità* disciplinato dall'art. 54 del Codice Penale. Situazioni cliniche come la compromissione dello stato di coscienza o gravi deficit cognitivi (es.

delirium, intossicazione da sostanze, quadri astinenziali) impongono al medico di intervenire anche in assenza di un esplicito consenso, al fine di tutelare la salute e l'incolumità del paziente, evitando il rischio di incorrere nei reati di abbandono di incapace o nella violazione del codice deontologico.

In tali contesti, il medico agisce in forza di un principio di responsabilità clinica e tutela immediata, che legittima l'intervento anche in mancanza di autorizzazione preventiva o consenso esplicito, purché siano sempre documentati la finalità terapeutica e la non differibilità dell'atto sanitario.

BIBLIOGRAFIA:

1. Paolillo C., Casagrande I., Perlini S., et al. (2022). *Management of acute behavioral disturbance in the Emergency Department: An Italian position paper from AcEMC, CNI-SPDC, SIP-Lo, SITOX*. Emergency Care Journal, 18, 10609
2. Paolillo C., Lerza R., Casagrande I., et al. (2022). *Documento di consenso AcEMC, CNI-SPDC, SIP-Lo, SITOX sulla valutazione e il trattamento del paziente adulto con disturbo comportamentale in Pronto Soccorso*. Psichiatria Oggi, 1, 16–19. Consultato il 14 settembre 2025 da: www.psichiatriaoggi.it/wp-content/uploads/2022/07/PsichiatriaOggi-annoXXXV-n1-03-PAOLILLO-Emergenza-Comportamentale.pdf
3. Ministero della Salute. (2008). Raccomandazione n. 4 - *Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale*. Consultato il 14 settembre 2025 da: www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/raccomandazione-ndeg4-prevenzione-del-suicidio-di-paziente-ospedale/
4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2022). *Self-harm and suicide prevention. NICE guideline* [NG225]. Consultato il 15 settembre 2025 da: www.nice.org.uk/guidance/ng225
5. American Psychiatric Association. (2023). *Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association. Consultato il 15 settembre 2025 da: www.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890426760
6. Ministero della Salute. (2024). *Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza*. Roma: Ministero della Salute. Consultato il 14 settembre 2025 da: www.salute.gov.it/new/it/tema/salute-mentale/linee-di-indirizzo-sui-disturbi-neuropsichiatrici-e-neuropsichici-dellinfanzia/
7. Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza (AGIA). (2023). *Dichiarazione pubblica sulla salute mentale minorile e ricoveri in SPDC per adulti*. Consultato il 14 settembre 2025 da: www.garanteinfanzia.org/salute-mentale-lautorita-garante-basta-minorenni-ricoverati-con-gli-adulti-0
8. Gruppo di Approfondimento Tecnico regionale della Direzione Generale Welfare [Lombardia]. (2018). *Procedura per l'esecuzione degli Accertamenti Sanitari Obbligatori (ASO) e dei Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO) in ambito regionale*
9. Corte Costituzionale. (2025). Sentenza n. 76/2025: *Illegittimità costituzionale parziale dell'art. 35 della legge 833/78 in materia di TSO*. Roma: Corte Costituzionale. Consultato il 14 settembre 2025 da: www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/ECLI:IT:COST:2025:76

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 Lombarda
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

