PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

AnnoXXXIX • n. 1 • gennaio–giugno 2026 Rivista fondata da A. Giannelli, diretta da G. Cerveri *Semestrale*

Johnson & Johnson

Johnson & Johnson apre la strada verso la medicina del futuro. I pazienti ispirano le nostre innovazioni scientifiche, che continuano a progredire e a salvare vite. Ascoltando la voce dei pazienti e applicando i principi della scienza, affrontiamo con fiducia alcune delle malattie più complesse del nostro tempo e sviluppiamo i potenziali farmaci del futuro.

jnj.com

Johnson&Johnson

SOMMARIO

AnnoXXXIX • n. 1 • gennaio–giugno

IN PRIMO PIANO

4 **Editoriale**
di Migliarese G., Dell'Osso B.

6 **La Psicosi a portata di click: come le nuove droghe online stanno ridisegnando la clinica psichiatrica**
di Cerveri G.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

12 **Il vissuto degli operatori sanitari: un'osservazione longitudinale e trasversale (a partire dai servizi di salute mentale)**
di Berto E., Manzone M.L., Calvo G., Di Croce E., Marchetti M., Fontò G.

21 **Forgotten children**
Gli effetti della malattia mentale dei genitori sui figli osservati da Assistenti Sociali
di Colavito A., Clerici M.

30 **Quale ontologia per la malattia mentale di oggi e di domani?**
Riflessioni sulla filosofia della psichiatria e sulla psichiatria come scienza
di Delvecchio G., Durbano F.

35 **Continuità di cura e domiciliarità: un'analisi dei progetti della sperimentazione locale sulle Cure Domiciliari in Salute Mentale di ATS Milano Città Metropolitana**
di Ferrari R., Fornoni C., Cauli G., Tosoni F., Arcidiacono E., Salari B., Rolli F.

48 **Comportamenti autolesivi nei giovani con background migratorio di seconda generazione: fattori relazionali e tratti maladattivi di personalità in un campione clinico**
di Pierotti A.P., Atria F., Malvini L., Meliante M., Percudani M.

55 **Politiche sanitarie, modelli di intervento e approcci farmacologici per la dipendenza da Internet nei giovani: una revisione delle evidenze nel contesto italiano**
di Vincenti A.

60 **Assistenza medica al morire nelle patologie psichiatriche: autonomia, capacità decisionale e vulnerabilità**
di Fraticelli C.

70 **Un caso di cronaca nera**
di Grasso F.

74 **Mental Room: valutazione preliminare del loro utilizzo nella prevenzione del ricorso alla contenzione meccanica mei reparti di psichiatria e neuropsichiatria infantile**
di Priori V., Grecchi A., Canevini M.P., Albizzati A., Capone A., Ceppi G., Ferrando E., Maresca G., Mattavelli S., Gobbi L., Panarello S., Modigliani G., D'Agostino A.

81 **Il suicidio assistito del paziente psichiatrico: molte domande, poche certezze**
di Toscano M.

CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ

86 CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M. SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE
Il paziente psichiatrico autore di reato
Una survey multicentrica
di Antini G.I., Simonetti M.L., Mielli L., Pace G., Marcelli S., Gatti C., Caucci S., D'Angelo G.

97 CONTRIBUTO AITeRP ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA
Transizioni, prossimità, evidenze: il Congresso Nazionale AITeRP 2026 e le sfide aperte della riabilitazione psichiatrica italiana
di Carletto M.G.,Casella N, Fossati E., Perillo A., Racioppi L.

103 CONTRIBUTO FAMIGLIE IN RETE OdV ETS COORDINAMENTO NAZIONALE DI ASSOCIAZIONI DI UTENTI E FAMILIARI PER LA SALUTE MENTALE
L'accoglienza del paziente psichiatrico in pronto soccorso
di Gorlani M., Basilici F., Pretto M., Imperatore R., Gori C.

PSICHIATRIA FORENSE

115 **In materia di TSO: il paziente ha diritto alla difesa ma lo pschiatra non rappresenta l'accusa**
di Acciavatti T., Cicolini A.

120 **La salute mentale e i diritti della persona come variabile indipendente: prime considerazioni**
di Amatulli A.

125 **Madri autrici di figlicidio con disturbo psichiatrico: trattamento psicoterapico in REMS**
di Giacco S., Cicolini A.

In copertina: *Snöklockan, Per Åkesson Hasselberg, 1885*
© UFA66 - Own work, CC BY-SA 3.0

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.

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

CONTRIBUTO FAMIGLIE IN RETE ODV ETS
COORDINAMENTO NAZIONALE DI ASSOCIAZIONI DI UTENTI E FAMILIARI PER LA SALUTE MENTALE

L'accoglienza del paziente psichiatrico in pronto soccorso

Gorlani M., Basilici F.*, Pretto M.*, Imperatore R.*, Gori C.**

ABSTRACT

Il Pronto Soccorso rappresenta spesso il primo punto di contatto tra la persona in crisi psichica e il sistema sanitario. La qualità dell'accoglienza in questa fase può influenzare in modo determinante il successivo percorso di cura, la fiducia nei servizi e l'adesione ai trattamenti.

Attraverso contributi di esperti del settore e testimonianze dirette di utenti e familiari, il presente lavoro analizza criticità e potenzialità dell'intervento psichiatrico in emergenza, con particolare attenzione al ruolo degli Esperti in Supporto tra Pari (ESP) come risorsa relazionale e preventiva.

INTRODUZIONE

Nel 2023, in Italia, si sono registrati mediamente 1.570 accessi giornalieri ai Pronto Soccorso per motivi esclusivamente psichiatrici, per un totale annuo superiore a 570.000 accessi. Rispetto al 2022 si osserva un incremento di circa 26.000 accessi. Nello stesso periodo, i ricoveri ospedalieri in ambito psichiatrico sono aumentati di circa 7.000 unità.

Nel corso del 2023, oltre 273.000 pazienti hanno avuto il primo contatto con i servizi di salute mentale attraverso il Pronto Soccorso. Nel 2022, il numero complessivo di utenti presi in carico dai servizi di salute mentale è cresciuto del 9%, passando da 776.829 a oltre 850.000 assistiti.

Il primo accesso ai servizi di salute mentale avviene quindi frequentemente attraverso il Pronto Soccorso, soprattutto in situazioni di crisi acuta. In questo contesto si intrecciano urgenza clinica, fragilità emotiva, tensione familiare e complessità organizzativa.

Il Pronto Soccorso non è solo un luogo tecnico di valutazione, ma uno spazio altamente simbolico: è il momento in cui una persona chiede aiuto, spesso nel punto più vulnerabile della propria vita. L'esperienza vissuta in questa fase può determinare fiducia oppure frattura nel rapporto con i servizi.

L'articolo parte da alcune testimonianze dirette di utenti dei e familiari, in alcuni casi davvero drammatiche, per poi provare ad esporre strategie concrete di miglioramento, pensate unendo i punti di vista di utenti (Associazione AIP ESP), familiari (Associazione Famiglie in Rete) e operatori (Psichiatria e Medicina d'Urgenza dell'AULSS Scaligera).

IL PRONTO SOCCORSO CHE INCONTRIAMO: ESPERIENZE E TESTIMONIANZE

Abbiamo selezionato alcune testimonianze tra le tante che la nostra associazione ha raccolto.

Iolanda, familiare

"Sono madre di Giulio, un ragazzo a cui è stato diagnosticato un disturbo bipolare ed era spesso soggetto a crisi di ansia e attacchi di panico, che a volte si trasformavano in notti insonni, in cui parlava ininterrottamente in modo negativo, smetteva di mangiare, scappava di casa, diventava minaccioso verso sé stesso e verso gli altri.

Durante il nostro primo accesso al Pronto Soccorso, fu chiamato uno psichiatra che si rivelò estremamente empatico e perspicace. Trovò il modo giusto per entrare in relazione con Giulio. Gli si avvicinò sorridendo e gli disse con ironia: «Sei tu quello che parla ai cavalli?».

A quella frase Giulio cambiò espressione, si incuriosì. Il medico iniziò a parlargli di Gaber e di poesia, fino a convincerlo ad accettare l'idea di assumere, all'occorrenza, qualche Tavor orosolubile, come compromesso tra la sofferenza che stava vivendo e il suo rifiuto degli psicofarmaci. Per qualche giorno la situazione migliorò. Tuttavia, al di là della buona volontà di quel giovane medico, il Pronto Soccorso non offriva altro supporto. Se fosse esistita una sezione dedicata alla psichiatria o una possibilità di continuità nei giorni successivi, probabilmente non si sarebbe arrivati al TSO. Se ci fosse stata un'interfaccia con i servizi territoriali, si sarebbe potuto proseguire quel fragile aggancio.

Invece, al secondo accesso fummo indirizzati verso un altro ospedale per un ricovero in TSO. Giulio ricevette delle cure, ma non adeguate: dosi elevate di antidepressivi scatenarono crisi maniacali ancora più gravi.

Negli anni successivi abbiamo intrapreso molti percorsi. La patologia ha avuto un'evoluzione tra le più favorevoli possibili. Mio figlio ha conseguito la laurea specialistica e oggi lavora nella pubblica amministrazione. Tuttavia, torno spesso con il pensiero a quel momento in cui arrivammo al Pronto Soccorso disperati, senza sapere più cosa fare, e trovammo un medico capace di accoglierci e tentare ogni strada possibile.

Se oltre a lui ci fosse stato altro personale formato ed empatico, un'organizzazione adeguata a situazioni che purtroppo non sono rare, mio figlio avrebbe potuto evitare due TSO? E noi avremmo potuto risparmiarci tanta sofferenza aggiuntiva a quella già legata alla malattia?"

Donatella, familiare

"La mia esperienza riguarda numerosi accessi in Pronto Soccorso, in diverse regioni d'Italia, nell'arco di dieci anni.

Fortunatamente non abbiamo mai subito contenzioni fisiche, ma in un ospedale piemontese abbiamo sperimentato una pesante contenzione farmacologica, con sedazione endovenosa e successivo abbandono in corridoio.

Il passaggio dal Pronto Soccorso allo SPDC è apparso spesso inutile e talvolta dannoso. Comporta una perdita di tempo significativa e l'incontro con personale non sempre formato per i casi complessi.

È capitato che il caregiver venisse allontanato e la persona lasciata sola in attesa, con informazioni incomplete trasmesse al medico. L'ambiente caotico e la pressione sugli operatori rendono tutto più difficile. In crisi acuta, la persona fatica a sostenere attese e spostamenti, con il rischio di rifiuto delle cure o di TSO.

Ritengo fondamentale la prevenzione attraverso servizi territoriali adeguati. In questo senso, la figura dell'ESP rappresenta una risorsa importante. L'accoglienza è ancora più decisiva nei primi accessi. Un esordio psicotico vissuto in modo traumatico lascia segni profondi."

Sandra, tecnica della riabilitazione psichiatrica e familiare

"Nel 2022 ho vissuto il ricovero del mio compagno, in scompenso psicotico. Il problema principale è stata l'attesa, che ha amplificato paure e desiderio di fuga.

Un altro aspetto rilevante è la mancanza di tempo per la comunicazione. Spesso non c'è spazio per spiegare, rassicurare, ascoltare. Questa mancanza viene percepita come superficialità. Alcuni utenti si sentono non creduti nel loro dolore. Molti mi hanno detto che, se avessero avuto qualcuno accanto, sarebbero arrivati in reparto meno agitati. Per questo ritengo fondamentale la presenza di figure dedicate all'accoglienza."

Luca, utente

"La mia esperienza risale al 2007, dopo una serata di abuso di alcol e cocaina.

Mia madre mi portò in ospedale. In Pronto Soccorso ci fu molta attesa. Quando entrai dallo psichiatra non

mi sentii compreso. Mi furono somministrate benzodiazepine, ma vissi quella visita come una richiesta d'aiuto rimasta senza risposta.

Preso dalla rabbia, lanciai un estintore contro il muro. Poco dopo mi ritrovai su una barella, ammanettato mani e piedi. Mi svegliai dopo tre giorni. Da lì si è innescato tutto: CPS, percorsi psichiatrici, invalidità. Prima avevo una vita normale. Dopo il TSO tutto si è aggravato. Per me ha amplificato problemi che prima erano contenuti. Ho visto molte persone non riprendersi dopo un TSO. Questo fa pensare che qualcosa non funzioni."

Enrico, familiare

"Sono il nonno di Federico, che aveva un disturbo borderline di personalità a basso funzionamento.

Nei momenti di grave sofferenza, dal Centro di Salute Mentale veniva indicato di recarsi al Pronto Soccorso, soprattutto nelle ore serali, notturne e nei giorni festivi, quando i servizi territoriali sono chiusi. Proprio in questi momenti, per chi soffre di disturbo borderline, le crisi sono più frequenti. Per questo motivo, gli accessi al Pronto Soccorso sono stati numerosi.

Secondo le linee di indirizzo per il triage della Regione Piemonte, le priorità di accesso si basano prevalentemente sulla compromissione dei parametri vitali biologici. La sofferenza psichica viene considerata in modo marginale, senza criteri chiari per valutare l'urgenza.

Rapportarsi con persone con gravi disturbi di personalità richiede competenze specifiche. Quando manca una preparazione adeguata, si rischia di cercare solo di "liberarsi" del disagio che queste persone esprimono. Federico percepiva spesso sospetto e fastidio: si sentiva un corpo estraneo.

Come molte persone con questo disturbo, Federico faceva uso di alcol come forma di autocura. In Pronto Soccorso veniva considerato soprattutto come un paziente con abuso di sostanze, senza che venisse riconosciuta la sofferenza che lo portava lì.

In più occasioni i carabinieri hanno saputo recuperare situazioni critiche attraverso tecniche di de-escalation. In assenza di un progetto organico di cura, i Pronto Soccorso diventano luoghi di passaggio e rimbalzo.

L'ultima volta chiese un ricovero urgente, ma la richiesta fu ritenuta inutile. Scrisse: "Io vado lì per essere aiutato e mi ritrovo in manette. Basterebbe un po' di umanità invece dell'ego." Pochi giorni dopo, Federico ha scelto di lasciarci, a 27 anni.

ANALISI DELLE CRITICITÀ

Le testimonianze raccolte evidenziano una serie di criticità strutturali e organizzative nella gestione dell'emergenza psichiatrica in Pronto Soccorso, che incidono significativamente sulla qualità dell'assistenza e sugli esiti dei percorsi di cura. Le riepiloghiamo di seguito.

Frammentazione dei servizi e discontinuità assistenziale

Una prima criticità rilevante riguarda la separazione tra Pronto Soccorso, servizi territoriali e reparti di degenza. In numerosi casi, il Pronto Soccorso rappresenta l'unico punto di accesso nelle fasce orarie in cui i Centri di Salute Mentale sono chiusi, determinando un sovraccarico del sistema e una gestione emergenziale di situazioni che richiederebbero interventi precoci e continuativi.

La mancanza di un'integrazione strutturata tra i diversi livelli di cura favorisce percorsi discontinui, caratterizzati da ripetuti accessi, ricoveri non programmati e frequenti interruzioni della presa in carico alimentando inoltre una deresponsabilizzazione reciproca fra CSM ed SPDC (tesi Ciccarelli, 2025) . Tale dinamica contribuisce al fenomeno della cosiddetta "porta girevole", con ricadute negative sulla stabilità clinica e sulla fiducia nei servizi.

Centralità dell'attesa e gestione inadeguata dei tempi

Le testimonianze convergono nell'indicare l'attesa come uno dei principali fattori di sofferenza e di peggioramento clinico. I tempi prolungati prima della valutazione specialistica, spesso inevitabili per carenza di personale, espongono la persona in crisi a un aumento dell'angoscia, della disorganizzazione e del rischio di comportamenti impulsivi.

L'assenza di figure dedicate all'accompagnamento durante l'attesa rende tale fase particolarmente critica, trasformandola in un momento di isolamento emotivo e di perdita di contenimento, con possibili ripercussioni sull'esito del ricovero.

Approccio prevalentemente biomedico e ridotta attenzione alla dimensione relazionale

Un'ulteriore criticità riguarda la prevalenza di un approccio centrato sui parametri biologici e sulla gestione farmacologica dell'urgenza, a scapito della dimensione relazionale e comunicativa. I criteri di triage e le procedure operative tendono a privilegiare la stabilizzazione fisica, mentre la valutazione della sofferenza psichica risulta spesso secondaria e poco strutturata. Ciò può portare a interventi standardizzati e poco personalizzati.

La qualità della relazione, elemento centrale per la percezione di cura, risulta frequentemente compromessa dalla pressione organizzativa e dalla mancanza di tempo, generando nei pazienti sensazioni di incomprensione, svalutazione e stigmatizzazione.

Ricorso alla contenzione e gestione dei comportamenti critici

Le testimonianze evidenziano come, in situazioni di elevata tensione, il sistema ricorra talvolta a forme di contenzione fisica o farmacologica, vissute come traumatiche e invalidanti. L'uso della coercizione, se non inserito in un contesto di reale necessità clinica e accompagnato da un'adeguata comunicazione, può compromettere il rapporto terapeutico, alimentare la sfiducia e favorire esiti negativi a lungo termine.

La carenza di competenze specifiche nella gestione dei disturbi complessi e delle doppie diagnosi aumenta il rischio di risposte difensive e di medicalizzazione eccessiva del disagio.

Carenze formative e sovraccarico degli operatori

Gli operatori del Pronto Soccorso operano in condizioni di forte pressione, con carichi di lavoro elevati e risorse limitate. In tale contesto, la formazione specifica sull'emergenza psichiatrica risulta spesso insufficiente o non sistematica. La mancanza di percorsi formativi continuativi e di spazi di supervisione contribuisce al rischio di burnout, riducendo la capacità di mantenere un approccio empatico e riflessivo nei confronti delle situazioni più complesse.

Impatto sull'esperienza soggettiva e sugli esiti a lungo termine

Le criticità evidenziate hanno un impatto diretto sull'esperienza vissuta dalla persona e dai familiari. Un'accoglienza percepita come fredda, caotica o stigmatizzante può trasformare il primo accesso in un evento traumatico, influenzando negativamente l'adesione ai trattamenti futuri. Esperienze negative in Pronto Soccorso possono consolidare sentimenti di sfiducia, vergogna e ritiro dai servizi, aumentando il rischio di cronicizzazione e di ricorso tardivo alle cure.

IL PRONTO SOCCORSO CHE VORREMMO: IPOTESI PER STRATEGIE DI MIGLIORAMENTO EFFICACI

Linee guida per l'accoglienza in Pronto Soccorso

Le linee guida nazionali vigenti risalgono all'accordo stato regioni siglato il 1° agosto 2019, che ha recepito e integrato i documenti (Conferenza Stato Regioni, Repertorio 146,2019):

- "Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero"
- "Linee di indirizzo nazionali sulla Osservazione Breve Intensiva - OBI"
- "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo di un piano per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso"

Da allora, le singole regioni stanno gradualmente recependo le linee guida, in pochi casi introducendo elementi di novità, o entrando maggiormente nel merito.

Abbiamo provato a verificare come sono state recepite e se, visto che ormai sono già passati sei anni, sono state integrate con qualcosa in più: nel mezzo c'è stato il Covid, c'è stato l'incremento dei disturbi di personalità, per esempio. In effetti, qualcosa di nuovo è arrivato, ma non tantissimo.

Partiamo dal triage.

Le precedenti linee guida erano di 20 anni prima, e scopo principale di questa riscrittura era spingere verso l'umanizzazione delle cure. Si parla ad esempio di un'attesa attiva in Pronto Soccorso, di formazione alla gestione del conflitto con i pazienti ed i familiari; nelle strutture più complesse si è pensato addirittura ad una figura di psicologo a supporto degli utenti, dei familiari e degli operatori. Si voleva porre un'attenzione particolare ai portatori di "fragilità psicosociale", ai quali si vuole offrire un corretto approccio valutativo ed un rapido avvio alle cure più opportune.

Fra i portatori di fragilità psicosociale, rientrano i pazienti vittime di abuso, per i quali le linee guida dispongono un percorso specifico, con un rapido approccio interdisciplinare, un protocollo per coinvolgere tutti i soggetti necessari, avere giustamente tutte le cautele del caso, ed attivare tutti i servizi. Si parla poi molto più genericamente di disturbi della sfera psichica e quando li si va infine a dettagliare meglio, parlando del disturbo acuto del comportamento dell'adulto, l'approccio sembra più securitario che assistenziale: "è necessario effettuare una sorveglianza attenta del paziente garantendo la sicurezza degli operatori e del paziente stesso". Sicurezza ed accoglienza non sono sinonimi, a nostro parere.

Le linee guida regionali non portano grandissimi elementi di novità.

La Regione Lazio esemplifica un po' il concetto di sicurezza, parlando di un luogo sicuro, dove magari gli arredi sono ancorati al terreno, per limitare i danni che può procurare a sé stesso ed agli altri un paziente agitato. Quindi è impossibile prendere una sedia, magari è impossibile anche prendere l'estintore e lanciarlo contro il cartongesso; senz'altro utile, ma sarebbe meglio non farla venire proprio questa voglia di lanciare l'estintore o, se il paziente arriva che già ce l'ha, fargliela passare.

Lombardia, Friuli, e altre regioni riconoscono che nel caso del paziente psichiatrico bisogna stare un po' più accorti nell'assegnazione dei colori, nel triage: meglio non dare la priorità più bassa, perché non si sa mai quello che può succedere.

Nel luglio 2025 arriva la Regione Abruzzo, con le linee guida che ci sono piaciute di più (Regione Abruzzo, DGR 493,2025). Innanzitutto, si sancisce il fatto che gestire un paziente che ha un'alterazione del comportamento è "un intervento sanitario complesso che richiede competenze specifiche che non devono essere in alcun modo di esclusiva pertinenza dello specialista psichiatra". Qui è la prima volta che cominciamo a leggere di un modello bio-psico-sociale, in cui servono anche altre competenze, oltre a quelle mediche, e quindi bisogna pensare alla sicurezza, ma anche alla tranquillità del paziente; dalla concezione del luogo sicuro passiamo a quella di luogo tranquillo, evitando la vicinanza con gli altri pazienti che hanno altri tipi di problemi e potrebbero creare situazioni destabilizzanti. Si parla poi di "precoce presa in carico", di necessaria presenza del personale di vigilanza, per separare la cura dal controllo, ed infine di formazione al personale medico, ma anche infermieristico e non solo, per riconoscere i segnali che preludono all'escalation. Infine, si parla di precoce presa in carico ed avvio di uno "specifico percorso". Anche qui però non troviamo la declinazione di questo specifico percorso.

Siamo quindi andati a vedere le linee guida all'Osservazione Breve Intensiva, perché la stessa definizione di OBI ci sembrava molto calzante all'esperienza del paziente agitato che arriva in Pronto Soccorso: non è talmente urgente da portare subito in sala operatoria, però è una situazione da tenere sotto controllo; quindi, sicuramente non deve essere lasciato in attesa, bensì monitorato. Richiede un'osservazione clinica a breve termine, il tempo giusto per fare una diagnosi differenziale (imma-

giniamoci uno che si avvicina per la prima volta ai servizi psichiatrici, per cui magari non c'è neanche un'anamnesi remota), ricorrere se necessario ad un approfondimento diagnostico, ed impostare una terapia.

Tuttavia, andando poi a vedere i criteri di non ammissione in osservazione breve intensiva per gli adulti, scopriamo che non sono ammessi i pazienti che "manifestano comportamenti autolesivi accompagnati dalle azioni suicidare o in agitazione psicomotoria con comportamenti eterolesivi". Probabilmente risulterebbe quantomeno inopportuno mettere questo tipo di paziente con quegli altri che, stando in osservazione breve intensiva, hanno già le loro fragilità.

Concludendo l'analisi di queste linee guida, possiamo dire che l'accordo stato regioni sancisce dei principi guida anche per i pazienti psichiatrici, ma non individua dei percorsi specifici.

È chiaro quale *non* sia il percorso (non Fast Track, not See and Treat, non OBI); vige quindi il meccanismo della consulenza, con tempi non sempre prevedibili, che generano le lunghe attese di cui abbiamo letto nei racconti di utenti e familiari.

In qualche linea guida regionale si fa cenno a percorsi specifici, che non sono però ivi dettagliati.

Esiste in rete qualche documento tecnico più specifico sulla gestione del paziente in agitazione psicomotoria (APM).

Nel 2016 è stato pubblicato il "Documento di consenso: modello di gestione integrata del paziente con agitazione psicomotoria", riportante le indicazioni condivise dal team di specialisti multidisciplinari del Gruppo AIR (Riv Psichiat,r 2016).

Fra le tante accortezze suggerite nel documento, segnaliamo l'attenzione al livello di sedazione del paziente: se il paziente è sedato al punto di non essere più recettivo, non può partecipare alla definizione della cura; quindi è opportuno calmarlo, ma garantendo che possa essere ancora un soggetto attivo e partecipante, finché è possibile.

Si parla poi di un percorso che deve essere integrato fra le varie specializzazioni, appunto, per fare una diagnosi differenziale; della necessità di un case manager che tiri le fila e monitori la definizione di una terapia individualizzata sul paziente e di una formazione a tutto lo staff medico-infermieristico sulle tecniche di de-escalation.

Nel 2024 il Comitato Tecnico Scientifico della Regione Toscana ha emesso le "Linee di indirizzo regionali per la creazione di team multidisciplinari (TIRMA) per la gestione in DEA (Pronto Soccorso) del paziente con agitazione psicomotoria acuta grave".

Sono delle linee guida molto medicalizzate, a differenza di quella dell'Abruzzo, interessanti a nostro parere nella misura in cui pongono molto l'accento sul fatto che siamo di fronte ad una patologia tempo dipendente e sulla necessità di avere degli ambienti dedicati in cui poter fare in tranquillità il monitoraggio necessario ad individuare il percorso personalizzato più adatto. Ci sembra insomma che si definisca una situazione di Osservazione Breve Intensiva dedicata alla psichiatria.

Se dovessimo contribuire, come associazioni di familiari e utenti per la Salute Mentale, a migliorare le linee guida esistenti, come vorremmo, quindi, che fosse l'accoglienza in Pronto Soccorso?

Questi sono per noi gli elementi più importanti:

- una gestione tempo-dipendente, con rapida presa in carico del paziente e degli accompagnatori ed individuazione di spazi di tranquillità, idonei all'applicazione di pratiche di de-escalation ed al monitoraggio del paziente;
- una figura, non medica, da affiancare al paziente per il tempo di permanenza in Pronto Soccorso e deputata al mantenimento di una situazione, quanto più possibile, di azione terapeutica (paziente tranquillo, ma non troppo sedato). Ideale sarebbe che questa figura potesse dare continuità all'assistenza al paziente accompagnandolo in uscita dal Pronto Soccorso, che sia verso i servizi territoriali o verso un ricovero in SPDC. Chiediamo di valutare la fattibilità di inserimento degli ESP per questo ruolo;
- un team di professionisti medici, per il tempo necessario a fare la diagnosi differenziale;

– un case manager, responsabile della continuità terapeutica all'interno del percorso di cura personalizzato;
– formazione a tutto il personale, sanitario e non, presente in Pronto Soccorso, sulle tecniche di de-escalation;
– protocolli flessibili, che consentano di mediare con la capacità di adesione del paziente.
– In sintesi, vogliamo un Pronto Soccorso in cui si amplificano i tempi del consenso e si riducono i tempi dell'abbandono.

Questo concetto risuona anche nella normativa italiana dove, nella legge 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", si dice (Art. 1, co 7 e 8): "Nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico e i componenti dell'equipe sanitaria assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentono di recepirla"; e ancora: "Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura".

Gli ESP in Pronto Soccorso

– Vogliamo approfondire in particolare una delle possibili strategie di miglioramento citate nel paragrafo precedente: la presenza in Pronto Soccorso di una figura, non medica, da affiancare al paziente e deputata al mantenimento di una situazione consona all'azione terapeutica.

Il 6 giugno 2025 il Ministero preposto ha inserito l'AIPESP (Associazione Italiana Persone Esperte in Supporto tra Pari) nell'elenco delle associazioni professionali autorizzate a rilasciare l'attestato di qualità ai sensi della l. 4/2013. Sebbene questo rappresenti un passo storico per la legittimazione della figura dell'ESP in Italia, non equivale ancora all'istituzione di un profilo professionale strutturato e riconoscibile. Ad oggi, infatti, l'integrazione stabile nei Pronto Soccorso, ed in generale nei servizi di salute mentale, resta difficile a causa della mancanza di un inquadramento contrattuale specifico, di protocolli operativi uniformi e dell'inclusione della figura nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Un'indagine condotta da Rossella Monti e Federica Mangione di AIPESP ha evidenziato come, a livello internazionale, l'integrazione degli ESP nei servizi di emergenza sia già realtà consolidata.

Negli Stati Uniti, i *Peer Support Specialists* sono riconosciuti a livello statale con standard formativi certificati (National-Practice-Guidelines-for-Peer-Specialists, 2019) e operano negli Emergency Departments, nelle Crisis Stabilization Units e nelle Crisis Receiving Facilities, aperte 24 ore su 24, con accesso diretto da parte di ambulanze, polizia e familiari. È interessante notare che questo modello è applicato in un sistema sanitario particolarmente attento agli aspetti di efficienza economica, a testimonianza della sostenibilità anche economica di questo tipo di figura professionale.

In Canada, i *Peer Navigators* operano già nella fase di accoglienza, talvolta prima del triage, con una formazione di base annuale seguita da percorsi specifici per l'emergenza, supervisione strutturata e coinvolgimento nella coprogettazione dei servizi. I dati riportano una riduzione degli accessi ripetuti in Pronto Soccorso, una diminuzione della coercizione e un miglioramento della continuità post-crisi (Toronto Today Staff, Dec 28, 2024).

In Australia e Nuova Zelanda, la *Lived Experience Workforce* è parte integrante dei servizi di salute mentale, con un ruolo attivo anche nei servizi di emergenza e urgenza, inclusi i servizi mobili di crisi e nelle ambulanze (New Zealand Government, 2024). Particolarmente interessante è la ricerca "*I have not come here because I have nothing better to do*" condotta da MIND Australia e University of South Australia (*McIntyre*, 2023), che ha analizzato le esperienze di persone con disabilità psicosociale nei Pronto Soccorso, sottolineando l'importanza di un approccio centrato sulla persona e del coinvolgimento dei Lived Experience Workers.

L'esperienza di paesi come Stati Uniti, Canada, Australia e Nuova Zelanda dimostra che l'integrazione degli Esperti in Supporto tra Pari nei servizi di emergenza e salute mentale è non solo possibile, ma efficace.

Se adeguatamente formati e supervisionati, gli ESP possono facilitare il dialogo tra persone, familiari e operatori, aiutare nella prevenzione di escalation emotive e contenzione, rafforzare una cultura della sicurezza basata sulla relazione, offrire una lettura esperienziale delle situazioni critiche, supportare gli operatori nella gestione emotiva dell'urgenza.

La loro presenza può contribuire a creare un clima di fiducia, riducendo la percezione di minaccia e favorendo una gestione più collaborativa e rispettosa, con benefici tangibili per tutte le persone coinvolte.

Tuttavia, per rendere questi modelli replicabili nel contesto italiano, è necessario predisporre alcune condizioni strutturali, organizzative e normative:

- formazione specifica, su servizi sanitari e normative (Legge 24/2017, CRPD etc), strategie di de-escalation e comunicazione empatica, sicurezza e gestione del rischio clinico, lettura del contesto e supporto relazionale;
- supervisione clinica continua, con affidamento a un referente DSM;
- protocollo operativo, che definisca ruoli, orari, spazi;
- riconoscimento istituzionale, con inserimento nei LEA, CCNL, retribuzione.

L'inserimento degli Esperti in Supporto tra Pari nei contesti di emergenza può assumere forme diverse, a seconda dell'organizzazione dei servizi, delle risorse disponibili e della cultura professionale locale. Ad esempio, in un modello integrato (SPDC, CSM e PS insieme) l'ESP potrebbe essere una presenza stabile e supportare la prevenzione di pratiche coercitive; nel metropolitano tipico delle grandi città come Milano, Roma e Napoli (molti PS e CSM, pochi SPDC), l'ESP potrebbe collaborazione stabilmente in CSM e SPDC ed essere presente a chiamata in PS, fungendo da ponte tra i servizi, oltre a contribuire a ridurre le misure costrittive.

Un esempio di buona prassi: il Pronto Soccorso dell'Ospedale Mater Salutis di Legnago (VR)

Il dott. Stefano Roccato, Direttore UOC Psichiatria 3 AULSS 9 Scaligera e la dott.ssa Sabina Favaro, Dipartimento Emergenza-Urgenza dell'Ospedale Mater Salutis di Legnago, ci hanno riportato un'interessante iniziativa di revisione delle modalità di accoglienza dei pazienti psichici in Pronto Soccorso, scaturito da alcune considerazioni derivate dall'esperienza di collaborazione tra le due unità:

- i Pronto Soccorso sono spesso il primo punto di contatto per pazienti in crisi psichiatrica, soprattutto in assenza di una rete territoriale efficace;
- molti accessi sono considerati "impropri" dal punto di vista clinico, ma riflettono un disagio reale e urgente;
- la gestione di questi pazienti richiede risorse specifiche: personale formato, ambienti protetti, protocolli condivisi.

Le modalità di accoglienza dei pazienti psichici nel Pronto Soccorso di Legnago sono improntate ad alcune linee guida condivise da tutti gli operatori:

1. Approccio relazionale e comunicativo
   - Accoglienza empatica e non giudicante: il primo contatto deve trasmettere rispetto, sicurezza e disponibilità. Il paziente deve sentirsi visto come persona, non come "caso psichiatrico".
   - Comunicazione chiara e rassicurante: usare un linguaggio semplice, evitare tecnicismi, spiegare cosa sta accadendo e cosa accadrà.
   - Gestione della propria postura emotiva: l'operatore deve essere consapevole delle proprie reazioni, mantenendo calma e centratura anche in situazioni di agitazione.
2. Ambiente fisico e organizzativo
   - Spazi dedicati e protetti: è ideale disporre di ambienti separati dal flusso generale, con arredi non pericolosi, luce naturale e isolamento acustico.
   - Sicurezza senza coercizione: le misure di sicurezza devono essere proporzionate e rispettose della dignità del paziente, evitando l'uso eccessivo di contenzione fisica o farmacologica.
   - Procedure chiare e condivise: l'équipe deve avere protocolli per la gestione dell'urgenza psichia-

trica, con ruoli definiti e possibilità di consulto specialistico.

3. Competenze del personale
   - Formazione specifica: tutto il personale dovrebbe ricevere formazione su salute mentale, de-escalation, trauma e comunicazione relazionale.
   - Lavoro d'équipe interdisciplinare: medici, infermieri, psicologi e operatori sociali devono collaborare in modo integrato, valorizzando le competenze reciproche.
   - Capacità di valutazione clinica e rischio: è fondamentale saper distinguere tra disagio psichico, emergenza psichiatrica e rischio suicidario o autolesivo.
4. Centralità del paziente e dei suoi bisogni
   - Valutazione globale: considerare la storia clinica, il contesto sociale, le risorse personali e familiari.
   - Coinvolgimento del paziente: quando possibile, includere il paziente nelle decisioni, rispettando la sua autonomia e favorendo la partecipazione.
   - Orientamento alla continuità di cura: l'accoglienza deve essere il primo passo verso un percorso di cura, non un episodio isolato. È essenziale garantire il collegamento con i servizi territoriali.
5. Dimensione etica e umana
   - Rispetto della dignità: ogni gesto, parola e decisione deve essere guidata dal rispetto della persona, anche nei momenti di crisi.
   - Consapevolezza del trauma: molti pazienti psichiatrici hanno vissuto esperienze traumatiche. L'accoglienza deve evitare di riattivarle, promuovendo un clima di sicurezza.
   - Tutela dei diritti: anche in situazioni di urgenza, il paziente conserva i suoi diritti: alla privacy, all'informazione, al consenso.

Tutti gli operatori del Pronto Soccorso di Legnago hanno ricevuto una formazione aziendale specifica per la gestione dei pazienti in stato di agitazione psicomotoria.

Il personale agisce attivando percorsi di presa in carico tempestiva del paziente: dopo l'esclusione di eventuali cause organiche della sintomatologia (ipoglicemia, lesioni cerebrali, stato febbrile, intossicazioni...), viene richiesta immediatamente la consulenza psichiatrica, indipendentemente dall'assegnazione del codice colore al triage.

Sono state quindi condivise le seguenti condizioni:

– Ambiente fisico:
  - Spazio tranquillo e sicuro, lontano da rumori, luci forti e stimoli eccessivi
  - Uso di una stanza di osservazione protetta
  - Rimozione oggetti potenzialmente pericolosi (cavi, forbici, aghi, ecc)
  - Privacy e riservatezza
– Ambiente relazionale
  - procedure di sicurezza e gestione non violenta della crisi conosciute da tutto il personale (medici, infermieri, OSS e vigilanza)
  - limitazione del numero di operatori: la presenza di troppe persone può aumentare la percezione di minaccia
– Accoglienza del paziente:
  - identificazione e triage
  - accompagnamento in area protetta, con personale formato
  - valutazione del medico di Pronto Soccorso con esclusione di cause organiche (esami ematochimici, elettrocardiogramma a 12 derivazioni, eventuali altri accertamenti radiologici o tossicologici)
  - raccolta informazioni da familiari o forze dell'ordine, se presenti.
– Comunicazione e atteggiamento:
  - Tono calmo, chiaro e rispettoso.
  - Empatia e ascolto attivo: riconoscere le emozioni del paziente («Capisco che ti senti molto agitato in questo momento»)
  - Nessun giudizio o frasi che minimizzano («non è niente», «Calmati»)
  - Distanza di sicurezza, a senza dare l'impressione di paura o ostilità

- Eloquio lento e con parole semplici, mantenendo il contatto fisico (senza fissare)

– Gestione della crisi (de-escalation verbale):
  - Mantenere un tono di voce calmo e rassicurante, evitando di alzare la voce o mostrare impazienza.
  - Non interrompere il paziente, lasciando spazio all'espressione del disagio e dimostrando ascolto attivo.
  - Offrire alternative e scelte, anche minime, per restituire al paziente un senso di controllo.
  - Evitare atteggiamenti provocatori o sfidanti, mantenendo una postura aperta e non minacciosa.
  - Riconoscere e validare le emozioni espresse, senza giudicare o minimizzare.
  - Coinvolgere il paziente nel processo decisionale, quando possibile, per favorire la collaborazione.

L'esperienza di Legnago evidenzia come l'elemento determinante non sia soltanto la competenza clinica, ma la qualità della relazione. L'ascolto attivo, la comunicazione chiara, la gestione non conflittuale della crisi sono strumenti fondamentali per prevenire escalation e contenimenti non necessari.

La gestione del paziente psichiatrico in Pronto Soccorso non può ridursi a una logica esclusivamente contenitiva o farmacologica: la crisi è spesso espressione di una storia personale complessa, che richiede uno sguardo integrato.

L'intervento deve mirare non solo alla sedazione del sintomo, ma alla comprensione del contesto, al coinvolgimento della rete familiare e alla costruzione di una continuità assistenziale reale.

Il rischio peggiore è che l'urgenza organizzativa prevalga sulla dimensione umana.

Proposte di miglioramento

Appare necessario un ripensamento strutturale dell'organizzazione dell'emergenza psichiatrica in Pronto Soccorso, orientato alla continuità assistenziale, alla centralità della persona e alla prevenzione degli esiti traumatici.

Riepilogano quanto discusso nei paragrafi precedenti, le nostre proposte sono:

– Rafforzamento dell'integrazione tra Pronto Soccorso e servizi territoriali
  - Attivazione precoce dei servizi territoriali già in fase di accesso in emergenza.
  - Definizione di percorsi personalizzati per le situazioni ad alta frequenza di accesso.
  - Programmazione di follow-up tempestivi post-dimissione.

– Riduzione dei tempi di attesa e accompagnamento durante la permanenza in Pronto Soccorso
  - Introduzione di operatori formati all'accoglienza psichiatrica.
  - Coinvolgimento strutturato degli ESP nelle fasi iniziali.
  - Creazione di spazi dedicati e protetti per l'attesa.

– Valorizzazione dell'approccio relazionale e comunicativo
  - Inserimento sistematico di moduli formativi sulla comunicazione clinica.
  - Diffusione di pratiche di ascolto attivo e non giudicante.
  - Promozione di modelli di accoglienza orientati alla dignità della persona.

– Prevenzione della contenzione e sviluppo di pratiche di de-escalation
  - Programmi formativi continuativi.
  - Supervisione clinica nei casi critici.

  Monitoraggio sistematico dell'uso della contenzione.

– Formazione specialistica e tutela del benessere degli operatori
  - Percorsi di formazione continua sull'emergenza psichiatrica.
  - Spazi di riflessione e supervisione.
  - Interventi di prevenzione del burnout.

– Integrazione strutturata degli ESP nei contesti di emergenza
  - Definizione di profili professionali chiari.

- Inserimento degli ESP nei team multidisciplinari.
- Sperimentazione di modelli di accoglienza precoce con ESP, anche prima del triage.

– Monitoraggio degli esiti e valutazione della qualità
  - Raccolta strutturata di indicatori clinici e relazionali.
  - Valutazione dell'esperienza soggettiva degli utenti e dei caregiver
  - Analisi degli accessi ripetuti e degli esiti post-dimissione.

CONCLUSIONI

L'emergenza psichiatrica in Pronto Soccorso rappresenta uno snodo cruciale nel percorso di cura delle persone con sofferenza mentale. I dati epidemiologici, i contributi degli esperti e le testimonianze dirette di utenti e familiari mostrano come questo momento possa assumere un valore determinante, sia in senso terapeutico sia, al contrario, traumatico.

Le esperienze raccolte evidenziano criticità strutturali e organizzative che vanno oltre le singole responsabilità professionali e rimandano a limiti sistemici: frammentazione dei servizi, carenza di risorse, insufficiente integrazione territoriale, ridotta attenzione alla dimensione relazionale e ricorso talvolta inappropriato a pratiche coercitive. Tali elementi incidono profondamente sulla qualità dell'assistenza e sulla fiducia delle persone nei confronti del sistema sanitario.

Allo stesso tempo, emergono con chiarezza le potenzialità di un modello di intervento fondato sull'accoglienza, sulla continuità assistenziale e sulla valorizzazione delle competenze relazionali. Le esperienze positive riportate dimostrano come anche singoli professionisti, quando sostenuti da adeguate condizioni organizzative, possano incidere in modo significativo sul decorso clinico e sul vissuto della persona.

In questo quadro, il ruolo degli Esperti in Supporto tra Pari rappresenta una risorsa strategica per l'innovazione dei servizi di emergenza. L'integrazione strutturata degli ESP nei contesti di Pronto Soccorso può favorire la mediazione relazionale, la prevenzione dell'escalation, il rafforzamento dell'alleanza terapeutica e l'orientamento alla recovery, in linea con le evidenze internazionali.

Il miglioramento dell'accoglienza in emergenza psichiatrica non può essere affidato esclusivamente alla buona volontà dei singoli operatori, ma richiede investimenti strutturali, formazione continua, coordinamento tra servizi e un reale coinvolgimento di utenti e familiari nei processi decisionali.

Ripensare il Pronto Soccorso come luogo non solo di contenimento dell'urgenza, ma anche di ascolto, riconoscimento e avvio di percorsi di cura condivisi, significa restituire dignità alla persona nella sua fase di massima vulnerabilità e contribuire alla costruzione di un sistema di salute mentale più equo, efficace e umano.

Afferenza degli autori

* *Famiglie in Rete OdV ETS, Coordinamento nazionale di associazioni di utenti e familiari per la salute mentale*

Corrispondenza

famiglieinrete2021@gmail.com

Bibliografia

1. Tesi Ciccarelli M., Relatore Tarsitani L., *Contenzioni meccaniche in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC): Studio di confronto tra diverse categorie diagnostiche*, 2025
2. Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano . Repertorio atto n. 143/CSR *Accordo, ai sensi dell'articolo 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui documenti "Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero", "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva" e "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso".*
3. Regione Abruzzo, *DGR n.493* del 30/07/2025
4. GRUPPO AIR , *Documento di consenso: modello di gestione integrata del paziente con agitazione psicomotoria.* Riv Psichiatr 2016 51(6): 238-250
5. Decisione Comitato Tecnico Scientifico n. 13 del 09/05/2024, *Linee di indirizzo regionali per la creazione di team multidisciplinari (tirma) per la gestione in dea (pronto soccorso) del paziente con agitazione psicomotoria acuta grave*
6. National Practice Guidelines for Peer Specialists and Supervisors
7. Toronto Today Staff "*UHN's peer support program targets repeat ER patients*" Dec 28, 2024 8:30 AM
8. New Zealand Government, "*Mental Health & Addiction Workforce Plan 2024 – 2027*"
9. H. McIntyre, M. Loughhead , L. Hayes , C. Allen, D. Barton-Smith, B. Bickley, L. Vega , J. Smith, U. Wharton, N. Procter, *I have not come here because I have nothing better to do: The lived experience of presenting to the emergency department for people with a psychosocial disability and an NDIS plan-A qualitative study*, Int J Ment Health Nurs 2024 Jun;33(3):624-635.

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:
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