

## Editoriale

# I nuovi “casi difficili” in psichiatria

## *The new “difficult cases” in psychiatry*

MASSIMO BIONDI<sup>1\*</sup>, ANGELO PICARDI<sup>2</sup>

\*E-mail: massimo.biondi@uniroma1.it

<sup>1</sup>Dipartimento di Neuroscienze Umane, Ospedale Policlinico Umberto I, Sapienza Università di Roma

<sup>2</sup>Centro di Riferimento per le Scienze Comportamentali e la Salute Mentale, Istituto Superiore di Sanità, Roma

**RIASSUNTO.** In psichiatria, come nelle altre discipline mediche, esistono casi che sono “difficili” per le loro caratteristiche cliniche. Recentemente, sembra tuttavia emergere un nuovo tipo di casi che risultano “difficili” per ragioni non tanto psicopatologiche quanto piuttosto gestionali, di responsabilità e sicurezza. Alcuni di questi casi caratterizzano in particolare la psichiatria italiana, e coinvolgono soprattutto i clinici delle strutture pubbliche. In varie situazioni, essi implicano comportamenti autolesivi ed eterolesivi non prevedibili né prevenibili nonostante l’impegno degli operatori, un problema ancora scarsamente riconosciuto per le responsabilità stesse. La riforma sanitaria del 1978 ha posto l’Italia in una posizione di avanguardia nel mondo riguardo al sistema dell’assistenza territoriale in salute mentale, che ha compiuto negli ultimi quarant’anni grandi passi avanti rispetto al precedente assetto. Ultimamente si sono tuttavia verificati cambiamenti sociali, epidemiologici, psicopatologici e dei bisogni che hanno creato nuovi problemi e difficoltà all’assistenza psichiatrica. Tra questi cambiamenti figurano la crescente complessità delle grandi aree metropolitane; il fenomeno immigratorio; la massiccia crescita nell’utilizzo di sostanze; le modificazioni del profilo di responsabilità del medico; l’introduzione di complesse normative sulla sicurezza, il trattamento dei dati, il consenso alle cure e la competenza a decidere della persona con disturbi mentali. Come conseguenza, gli operatori si trovano oggi ad affrontare nuove difficoltà di tipo organizzativo e gestionale, e questioni problematiche relative alla sicurezza sia del paziente sia del sanitario, con un crescente profilo di responsabilità etica, deontologica e medico legale del sanitario stesso. Auspichiamo che le riflessioni qui proposte possano stimolare un dibattito costruttivo per migliorare le condizioni di lavoro degli operatori impegnati quotidianamente nel migliorare gli esiti clinici dei propri pazienti.

**PAROLE CHIAVE:** psichiatria, difficoltà, servizi di salute mentale, gestione, organizzazione, responsabilità, etica, sicurezza, stress.

**SUMMARY.** In psychiatry, as in the other medical disciplines, there are cases that are ‘difficult’ due to their clinical characteristics. However, recently some cases seem to emerge that are ‘difficult’ because of management, responsibility, and safety issues, rather than psychopathological issues. Some of these particularly characterise Italian psychiatry, and mostly involve the clinicians working in public facilities. In several instances, they involve aggressive behaviours towards self or others that cannot be forecast or prevented despite healthcare workers’ efforts, which is still a poorly recognised issue as far as responsibility is concerned. The 1978 healthcare reform has put Italy in a vanguard position regarding the public mental health care system, which has made giant steps since the times when psychiatric hospitals were in place. Nevertheless, some recent social, epidemiological, and psychopathological changes have caused new problems and difficulties in psychiatric care. Such changes include the growing complexity of large urban areas, increased immigration, a considerable rise in substance use, changes in the boundaries of responsibility of the physician, and the introduction of complex regulations on safety, data management, consent to treatment, and decisional competence of persons with mental illness. As a result, psychiatric healthcare workers are currently facing several new management and organisational difficulties, as well as issues about patient and staff safety, with increased ethical, deontological, and legal responsibilities. It is our hope that this paper will stimulate a constructive debate aimed at improving work conditions for psychiatric healthcare staff members who work hard every day to improve their patients’ outcomes.

**KEY WORDS:** psychiatry, difficulty, mental health services, management, organisation, responsibility, ethics, safety, stress.

### PREMESSA

In ogni disciplina medica esistono casi facili e casi difficili. L’impegno del medico nella maggior parte dei casi è soprattutto diagnostico e terapeutico, e anche nella disciplina psichiatrica esistono casi facili e casi difficili per il tipo di sofferenza psicopatologica. Ma di recente sembra emergere un nuovo tipo di “casi difficili”, per ragioni non psicopatologiche quanto piuttosto gestionali, di responsabilità e sicurezza.

A differenza di altre discipline, infatti, in psichiatria una discreta parte dei casi è difficile non tanto sul piano dell’inquadramento diagnostico o della scelta del trattamento, quanto piuttosto sul piano pragmatico per la presenza di peculiari condizioni, contesti o criticità definibili come “estrinseche” rispetto agli aspetti strettamente clinici. Ci riferiamo ad esempio alle modalità di intervento su pazienti solo in parte collaborativi o del tutto non consenzienti, in situazioni varie di fragilità psicosociale; alla gestione e alla prevedibilità

tà, o meglio all'imprevedibilità, di determinati comportamenti autolesivi o eterolesivi e di perdita di controllo; e all'influenza di reti relazionali su cui il medico poco può intervenire.

È forse per ragioni "estrinseche" di questo tipo che nella realtà dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) gli operatori affrontano, più spesso che in altri ambiti della medicina, difficoltà non tanto cliniche quanto organizzative, penuria di risorse rispetto alle aspettative e, ancora, questioni problematiche relative alla sicurezza sia del paziente sia del sanitario, con un profilo di responsabilità etica, deontologica e medico legale del sanitario stesso, crescente.

L'opinione pubblica, molti intellettuali, buona parte di chi lavora nel campo dell'informazione, molti politici e anche numerosi colleghi psichiatri e psicologi impegnati nell'attività in ambito privato non sono a conoscenza di questi casi, e molte discussioni sulla psichiatria da parte di persone che non hanno familiarità ed esperienza con la "prima linea" dell'assistenza in salute mentale mancano purtroppo di queste conoscenze. Non conoscono e dunque non parlano di questi "casi difficili".

### Un sistema assistenziale all'avanguardia

La riforma dell'assistenza psichiatrica seguita all'applicazione della legge 13 maggio 1978, n. 180, come recepita dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, ha rappresentato quarant'anni fa un avanzamento di rilievo, originale e coraggioso, incentrato sull'essere umano e la sua dignità<sup>1</sup>, che sembra purtroppo essersi in parte arenato di fronte a svariate difficoltà. Il sistema pubblico italiano di assistenza in salute mentale, forse uno dei più poderosi del mondo sulla carta, ha forti differenze geografiche di attuazione e di risorse finanziarie, di strutture e di personale disponibile<sup>2,3</sup>; anche all'interno di una stessa regione vi sono spesso realtà locali molto differenti, sia di strutture sia di personale. Ciononostante si potrebbe sostenere che, pur sotto sforzo, nel complesso il sistema dell'assistenza territoriale in salute mentale abbia comunque compiuto in questi quarant'anni grandi passi avanti rispetto al precedente assetto "manicomiale".

Vi è stato un innegabile successo nell'eliminazione di istituzioni totali come i manicomi e nella realizzazione di una rete assistenziale regionale territoriale, diversamente funzionante a seconda di vari fattori ma comunque presente, che ha posto l'Italia in una posizione di avanguardia nel mondo. Tuttavia, molti ritengono che all'impianto e all'impegno degli operatori sanitari in tutti questi anni non sia sempre corrisposta una messa a disposizione di mezzi e strumenti per perseguire e raggiungere gli obiettivi previsti e desiderati. Si potrebbe anche aggiungere che negli ultimi decenni vi sono stati cambiamenti sociali, epidemiologici, psicopatologici e dei bisogni che possono mettere in difficoltà disposizioni di legge "pensate" per realtà di quasi mezzo secolo addietro. Tra questi cambiamenti figurano, solo per citare i principali, la complessità delle grandi aree metropolitane rispetto a quella di una città di dimensioni contenute; il fenomeno immigratorio; la massiccia crescita nell'utilizzo di sostanze e nella prevalenza di disturbi psicopatologici da esse indotti; le modificazioni del profilo di responsabilità del clinico in medicina; l'introduzione di complesse normative sulla sicurezza, il trattamento dei dati, il consenso alle cure e la competenza a decidere della persona con disturbi mentali.

### Una gestione difficile

Questo insieme di fattori ha portato verosimilmente all'emergere crescente di casi che sono "difficili", appunto, non tanto per ragioni di complessità psicopatologica, quanto di "management" del caso e di situazioni sfuggenti e complicate da gestire. In varie situazioni, essi implicano comportamenti autolesivi ed eterolesivi non prevedibili né prevenibili nonostante l'impegno degli operatori, un problema ancora scarsamente riconosciuto per le responsabilità stesse.

È possibile che alcuni casi e situazioni emergano come "difficili" per le normative e le procedure attuali previste dall'ordinamento? L'esperienza clinica di molti psichiatri e di operatori impegnati nel settore, quali infermieri, riabilitatori, assistenti sociali e altre figure, nonché di pazienti e loro familiari, testimonia che il "balzo in avanti" successivo alla riforma del 1978 è stato valido soprattutto per quei pazienti che collaborano alle cure, accettandole e seguendole con continuità, o che comunque con maggiore impegno da parte dei curanti possono essere avvicinati alle cure stesse. Si tratta di pazienti che – anche se possono essere gravi dal punto di vista psicopatologico e possono presentare criticità cliniche di vario tipo – sono comunque disponibili, collaborativi, con caratteristiche personologiche "miti". Affrontare il percorso di cura con questi pazienti, che sono la maggioranza, rientra in pieno in una condizione di "alleanza terapeutica".

Vi è tuttavia una quota minoritaria, ma fortemente significativa per l'impegno massimo che richiede, di persone con disturbi mentali, che presenta invece condizioni di sofferenza mal affrontabili, difficilmente gestibili, che comportano responsabilità etica e medico legale per gli operatori, e sofferenza sia per i loro familiari sia per i pazienti stessi e la società in cui vivono. Questa difficoltà varia molto secondo i contesti: è minore nelle piccole città, molto più alta nelle realtà metropolitane; risente severamente del fenomeno di immigrazione e delle barriere linguistiche; è pesantemente aggravata dall'uso concomitante di sostanze, dalla mancata collaborazione alle cure, dalla presenza di tratti di psicopatologia e di personalità antisociale. Si tratta di un fenomeno noto a molti operatori, specialmente dell'emergenza, di cui spesso si discute in incontri informali, in qualche simposio congressuale, in "audit" in ambito dipartimentale, a volte purtroppo in aule di tribunali per accertare responsabilità dei sanitari, ma che sinora sfugge, almeno a nostra conoscenza, a studi epidemiologici sistematici. Nella letteratura epidemiologica, l'unico concetto affine si rinviene nella scala "HoNOS Roma" costruita da Pierluigi Morosini<sup>4</sup>, che contiene un item che misura espressamente la "gravosità" del paziente, per la cui siglatura è richiesto di valutare elementi quali l'atteggiamento del paziente, i rapporti con gli operatori, il grado di collaborazione e le difficoltà di gestione.

La percentuale di questi pazienti altamente problematici è piccola. In modo puramente orientativo, sulla base della nostra limitata esperienza personale nella Capitale, potremmo stimarla tra il 10 e il 20%. Tuttavia, molto alti sono lo sforzo e l'impegno di tempo e di lavoro di team che questi pazienti costano al personale sanitario, così come la sofferenza dei pazienti stessi e dei loro familiari.

Non è scopo di quest'editoriale presentare un'analisi della letteratura in merito, che potrà prospettarsi in futuro in un contributo più ampio e articolato. Ci limitiamo qui a rappresentare alcune delle condizioni più critiche dell'attività pro-

## *I nuovi “casi difficili” in psichiatria*

fessionale degli operatori in psichiatria, così come desunte da anni di esperienza personale negli ambiti dell'assistenza clinica e della ricerca sui servizi di salute mentale, anche attraverso contatti e colloqui informali con il personale sanitario, i pazienti stessi, familiari e conoscenti di pazienti. Il tema riguarda soprattutto l'assistenza psichiatrica nei servizi pubblici e nelle strutture convenzionate, contesti spesso poco o per nulla noti, sia ai colleghi che lavorano nell'ambito psichiatrico e psicoterapeutico privato, sia soprattutto all'opinione pubblica, ai giornalisti, ai magistrati e ai colleghi operanti in campo medico legale.

Questo editoriale, lungi dal voler essere una critica all'attuale organizzazione dell'assistenza in salute mentale, intende piuttosto contribuire a mettere a fuoco problemi perduranti che minano la serenità di lavoro, l'efficacia degli interventi, la sicurezza degli operatori e dei pazienti stessi, per i quali ogni giorno, con sforzo e dedizione, si cerca di lavorare al meglio. È nostra speranza che riconoscendo queste criticità e discutendone apertamente si possa migliorare l'organizzazione del lavoro e la qualità delle cure nel comune interesse dei pazienti, dei familiari e dei curanti.

### **I “CASI DIFFICILI” DI NATURA ETICA**

Un primo gruppo di nuovi “casi difficili” è accomunato dal risalto assunto nel quadro da questioni definibili, in senso molto generale, come di natura etica. Un esempio paradigmatico è costituito dalle situazioni in cui ci si trova a dover attuare un trattamento sanitario obbligatorio (TSO). Una simile disposizione non esiste solo in psichiatria, poiché vi sono altri casi in cui la legge stabilisce la possibilità di imporre un trattamento in maniera coattiva, anche attraverso il ricovero ospedaliero, come per determinate patologie infettive diffuse o malattie veneree in fase contagiosa. Ma mentre in ambito infettivologico la possibilità, regolata dalla legge, dell'attuazione di un trattamento coercitivo non genera particolari polemiche, in campo psichiatrico è da taluni considerata alla stregua di un sopruso, pur se concettualmente identica. La maggiore risonanza del fenomeno in campo psichiatrico è legata certamente alla sua relativa frequenza. Lo studio PROGRES-Acuti, al quale hanno partecipato tutte le regioni italiane eccetto la Sicilia, ha rilevato un totale annuale di 12.799 TSO, per complessive 114.570 giornate di degenza<sup>5</sup>. Assumendo una frequenza uniforme del fenomeno nei giorni della settimana, e correggendo la stima per tenere conto della popolazione residente in Sicilia, si può stimare che ogni giorno in Italia siano effettuati 39 TSO.

Un punto importante da chiarire è che, sebbene sia previsto e regolato dalla legge a tutela del paziente e della comunità, il TSO è un provvedimento che lo psichiatra non vorrebbe mai attuare, e di cui gli si dà responsabilità sia dell'attuarlo sia, in certe condizioni, del non attuarlo. Una nostra personale inchiesta informale tra colleghi psichiatri ha riscontrato che procedere con un TSO è per il medico una scelta dolorosa, obbligata (se ricorrono le condizioni non può non attuarlo), fonte di tensione e dispiacere, per alcuni addirittura la prova di un proprio fallimento professionale e della relazione medico-paziente. “Dietro ogni TSO c'è il fallimento di cura”, ha sentenziato un amico psichiatra con esperienza trentennale. La difficoltà in cui viene a trovarsi lo psichiatra è arricchita dallo spinoso profilo di responsabilità

medico legale legato al dover scegliere, sulla base di elementi molto difficili da valutare compiutamente in talune situazioni d'emergenza, tra lo Scilla del sequestro di persona, se decide di attuare il TSO e questo viene giudicato improprio, e il Cariddi del difetto di assistenza, se opta per non attuarlo e il paziente va incontro a un peggioramento.

Personalmente, siamo contro il provvedimento di TSO, secondo una concezione di libertà della persona, ma abbastanza realisti da chiederci cosa fare in assenza di un provvedimento di questo tipo. Sarebbe bene, in effetti, eliminare il TSO, ma dopo aver individuato valide alternative. Nella maggior parte delle altre nazioni esiste il provvedimento del trattamento psichiatrico coercitivo, anche per tempi più protratti dei nostri sette giorni prorogabili. E va rilevato che, rispetto al resto dell'Europa, in Italia si eseguono relativamente pochi ricoveri obbligatori: la percentuale di TSO sui ricoveri complessivi è, infatti, del 9%, con un tasso annuale di 2,5 per 10.000 abitanti<sup>5</sup>, a confronto con valori mediani in Europa rispettivamente pari a 13,2% e 7,4/10.000<sup>6</sup>. Alcune nazioni estere, come l'Olanda, non ammettono una procedura di trattamento contro la libertà. Pertanto il loro ordinamento non prevede provvedimenti analoghi al TSO. Tuttavia, se una persona è malata e non accetta le cure, nessuno glielo impone ma viene comunque posta in condizioni di sicurezza, nel suo interesse e in quello degli altri. Non viene sottoposta a contenzione fisica, né le sono somministrate cure contro la sua volontà, ma viene comunque collocata in una “seclusion room”, ovvero una stanza di isolamento, certamente ben lontana dalla segreta di un castello medioevale o dalla cella di una prigione, ma pur sempre un luogo di reclusione. Questa, o altre, può essere un'alternativa preferibile al migliorabile istituto del TSO, ma il ricorso a essa evidenzia come, di fronte a determinate situazioni di sofferenza mentale, sia necessario ricorrere a misure non ordinarie, camminando sull'orlo di uno scivolosissimo crinale etico tra libertà e protezione della persona.

Su questo crinale si collocano i problemi posti da quei pazienti che, ricoverati in strutture sanitarie quali Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), case di cura, strutture a diversa intensità di cure continuative, manifestano l'intenzione di allontanarsi e di interrompere il ricovero o la permanenza nella struttura, sebbene il percorso terapeutico sia solo in parte compiuto e vi sia timore per la loro sicurezza. In ogni altro contesto medico o chirurgico, il paziente può uscire contro il parere dei sanitari, firmando una dichiarazione di informazione e responsabilità propria in cartella clinica. In psichiatria si potrebbe fare ugualmente, ma le cose stanno diversamente per varie ragioni, e viene a porsi un dilemma irrisolto legato alla delicata tensione tra la politica delle “porte aperte”, sostenuta da alcuni, e il “dovere di custodia” dei curanti verso l'infermo di mente. Da un lato, la legge garantisce anche in psichiatria al paziente in ricovero volontario la libertà di uscire dalla struttura sanitaria e interrompere il percorso terapeutico. Dall'altro, se un paziente “fugge”, viene a porre i curanti in una situazione difficile, viste le responsabilità che derivano da una posizione di garanzia del sanitario verso il malato che è diversa rispetto agli altri ambiti della medicina, essendo il paziente in situazione di fragilità e vulnerabilità per le proprie condizioni psichiche, e spesso anche per gli effetti sedativi delle cure che possono compromettere le funzioni psicomotorie. Ne risultano in giurisprudenza profili di responsabilità che non sono uniformi come in medicina

generale, bensì sfaccettati, oggetto di una certa variabilità interpretativa a seconda delle circostanze e dell'accaduto. È chiaramente difficile stabilire dove finisca la responsabilità del paziente che esercita il suo diritto di fuggire o abbandonare un percorso terapeutico, e dove inizi la responsabilità dei sanitari in caso di successivi eventi avversi che occorrono al paziente in ragione del suo stato psichico. Si tratta di una tensione tra diritti e responsabilità molto delicata e ben lungi dall'essere risolta, se si pensa che nello studio PROGRES-Acuti è stato riscontrato che nell'80% dei SPDC italiani le porte sono tenute sempre chiuse<sup>7</sup>.

Delicate questioni etiche permeano anche una serie di situazioni difficili caratterizzate da un atteggiamento di scarsa o mancata collaborazione del paziente, senza che si configurino i criteri per procedere con un TSO. Pensiamo, ad esempio, al paziente visitato in Pronto Soccorso (PS) che rifiuta le cure, ma non risponde ai criteri per il TSO e non è collaborativo rispetto ad altre scelte proposte, come l'invio al Centro di Salute Mentale (CSM); al paziente ricoverato in SPDC che è parzialmente migliorato, non ha le condizioni per il TSO, ma rifiuta il trasferimento previsto dal progetto terapeutico (comunità, casa di cura) e non si riesce a dimettere poiché queste strutture richiedono la volontarietà di ammissione; al paziente che, dimesso da un SPDC o un Day Hospital (DH), rifiuta di proseguire il percorso di cure come ad esempio una psicoterapia, interventi riabilitativi, l'invio a un Centro Diurno; al paziente con patologie mediche generali che, parzialmente competente a decidere, rifiuta cure mediche utili o esami diagnostici, senza che si configuri lo stato di necessità. Pensiamo anche ai pazienti per i quali i normali tempi del TSO risultano insufficienti. Il TSO ha una durata stabilita per legge di sette giorni e, sebbene possa teoricamente essere prorogato più volte qualora persistano i requisiti richiesti per la sua attuazione, vi è una generale tendenza a evitare di rinnovarlo più di una volta. Nella maggior parte dei casi, il TSO viene sciolto anche prima del termine, e consente di superare una fase di sofferenza acuta del paziente e di ripristinare un buon grado di cooperazione per le cure, instaurando un valido progetto terapeutico. In una piccola porzione di casi, tuttavia, l'usuale limite di tempo è insufficiente. Questi pazienti, terminato il TSO, migliorano grazie alle cure, ma appaiono ad alto rischio di sospendere o di abbandonare completamente il progetto di cura appena dimessi; tipicamente, assumono un decorso che potremmo definire di "pseudo revolving door", caratterizzato da una interruzione a casa delle cure dopo un ricovero obbligatorio, seguita nel giro di breve tempo da una ricaduta e un nuovo ricovero. Si tratta di una piccola quota di pazienti che divengono "difficili" perché mal gestibili con gli strumenti normativi attuali; essi potrebbero avere bisogno, più che di un prolungamento del TSO, di una sorta di sorveglianza formale sulle cure prolungata, come normalmente accade in molte altre nazioni. Se n'è discusso, anche su sollecitazione di associazioni di familiari, in progetti di legge integrativi, ma per il momento non sono state prese decisioni.

Il consenso informato alle cure è, in effetti, una questione davvero spinosa e talora fonte di serie difficoltà. Nelle condizioni di TSO o di stato di necessità, la legge stabilisce che il consenso possa essere temporaneamente superato dalla necessità indifferibile di intervenire, e il paziente viene comunque quanto più possibile informato dal clinico circa le cure consigliate per recuperare una condizione di stabilità mentale. Vi sono tuttavia situazioni molto difficili che, pur non rien-

trando in tali condizioni, comportano seri problemi sul piano del consenso informato. Vari psichiatri si sono chiesti se la competenza a decidere di alcuni pazienti, ad esempio deliranti, oppure con una grave depressione melanconica, o con un'anorexia mentale avanzata, sia intatta e completa, o piuttosto parzialmente compromessa in misura tale da mettere in difficoltà la procedura stessa. Se una persona è in una condizione di depressione così grave da sentire che la sua vita non vale più la pena di essere vissuta, se la sua forza decisionale è compromessa, potrà essere "informata" realmente, allo stesso modo di altri pazienti, sulle proprie condizioni e le scelte da fare? Potrà dare un reale e valido "consenso" a procedure diagnostiche o terapeutiche? Simile appare il caso di una persona che presenta un grado di collaborazione pressoché inesistente sul piano del comportamento alimentare, è totalmente priva di consapevolezza della propria magrezza patologica, che è anzi attivamente perseguita, mostra un indice di massa corporea critico ma ancora non al punto da instaurare senza dubbio uno stato di necessità, e dove un TSO, ammesso che se ne ravvisassero le condizioni, risolverebbe poco in considerazione della sua breve durata a fronte del lungo tempo necessario al recupero corporeo. Casi del genere inducono a chiedersi se la pur fondamentale normativa circa il dovere del medico di acquisire il consenso informato alle cure, nata probabilmente pensando al normale paziente "medico" o "chirurgico", non sia in alcune situazioni seriamente lacunosa e possa richiedere articolazioni e miglioramenti.

Un'altra questione attinente alla sfera etica che può creare serie difficoltà è quella dell'autorizzazione al trattamento dei dati personali. Diversa dalla procedura di consenso informato alle cure, è entrata di recente come norma fondamentale per tutte le persone ricoverate in una struttura sanitaria, in base al Regolamento dell'Unione Europea 2016/679 sulla protezione dei dati, operativo dal 25 maggio scorso. In una piccola quota di casi, per lo più in acuzie, si tratta di una procedura che in psichiatria è difficile da seguire. Il sistema normativo, tuttavia, sembra non ammettere eccezioni, pena responsabilità penali del clinico. Le difficoltà sono legate al fatto che la procedura presuppone una competenza a decidere che una quota di pazienti con sofferenza psicopatologica acuta potrebbero avere parzialmente compromessa.

## I "CASI DIFFICILI" LEGATI AL RISCHIO PER LA SICUREZZA DEL SANITARIO

Un secondo gruppo di nuovi "casi difficili" è legato alla rilevanza in essi assunta dal tema del pericolo per l'incolumità del sanitario. A un primo livello, sono la serenità e la salute psicologica a poter essere minate. I cambiamenti tecnologici e sociali degli ultimi anni hanno fatto sì che oggi, più che in passato, la vita del clinico possa essere invasa dalla paura a seguito di minacce e, soprattutto, di vera e propria persecuzione con molestie assillanti (*stalking*). Un amico, psicologo e psicoterapeuta presso un DH della Capitale, con molti anni di esperienza, impegnato nel trattamento di pazienti con disturbi gravi di personalità per i quali riceveva regolare supervisione, divenne a un certo momento del suo lavoro oggetto di attenzione da parte di un paziente che elaborò fantasie e poi comunicazioni aperte di minacce e di documento contro di lui e i suoi familiari, con attese sotto la sua abitazione e altri comportamenti simili, senza tuttavia mai un pas-



### *I nuovi "casi difficili" in psichiatria*

saggio all'atto. Il problema durò molti mesi; vennero avvisate le forze dell'ordine; vennero mutate le condizioni di lavoro; il collega ebbe un lungo periodo di angoscia e preoccupazione per sé e i familiari, tra cui giovani figli in età scolare, per cui dovette anche ricorrere egli stesso a trattamenti. Il problema si risolse, senza un apparente chiaro motivo, molti mesi dopo. Situazioni simili ci sono state riferite da diversi altri colleghi, fortunatamente senza conseguenze sul piano fisico ma con serie ripercussioni sulla sfera emotiva. Ripercussioni che possono essere innescate anche da un'altra categoria di pazienti "difficili", quelli violenti verbalmente con il personale sanitario. Sono quei pazienti che insultano, sputano, bestemmiano, sono dediti al turpiloquio, fanno proposte sessuali insistenti a membri dello staff e ad altri ricoverati. La costante e cronica esposizione del personale delle strutture psichiatriche, soprattutto ospedaliere, a questo tipo di pazienti "difficili" peggiora le condizioni di lavoro e aumenta il rischio di burnout.

Non sempre, purtroppo, l'evoluzione è così, almeno relativamente, benigna. Il fenomeno delle aggressioni fisiche al personale sanitario negli ospedali e negli ambulatori, con lesioni gravi e anche mortali, è venuto all'attenzione da pochi mesi, con riconoscimento da parte degli Ordini professionali, dei giornali e dell'opinione pubblica a seguito di alcuni casi paradigmatici. È importante sottolineare che è ben noto che i pazienti psichiatrici sono a maggior rischio della popolazione generale di essere vittime di violenza<sup>8</sup>, e che la grande maggioranza delle persone con disturbi mentali non commette reati e non è violenta<sup>9</sup>. Tuttavia, rispetto alla popolazione generale, vi è un incremento, sia pur modesto, del rischio di atti violenti tra le persone con disturbi mentali gravi, soprattutto in caso di concomitante uso di sostanze<sup>9,10</sup>. Nello studio *PROGRES-Acuti*, si è riscontrato che il 10% dei pazienti ricoverati presso strutture psichiatriche pubbliche e private ha mostrato durante la degenza comportamenti fortemente ostili in forma di aggressioni verbali a persone o violenza verso oggetti, e il 3% ha assalito fisicamente altri pazienti o personale sanitario<sup>11</sup>. Anche nelle strutture residenziali (SR), il problema, pur se infrequente, non è inesistente, considerato che lo studio *PROGRES* ha rilevato che l'1,2% degli ospiti delle SR psichiatriche italiane aveva aggredito un'altra persona con una qualche forma di arma nell'ultimo anno<sup>12</sup>. Il problema della violenza riguarda, dunque, pochi pazienti, ma esiste e, quando si manifesta, è altamente critico. Gli Ordini professionali hanno formulato diverse proposte per migliorare la sicurezza, anche diverse da regione a regione. Allo stato attuale il problema però appare lungi dall'essere risolto, da un lato per difficoltà organizzative e gestionali, dall'altro per il timore da parte degli operatori di salute mentale di un ritorno alla prospettiva di controllo sociale e custodialistico.

Tra le situazioni in cui il problema del rischio per l'incolumità fisica del personale sanitario può emergere in maniera drammatica, vi è l'intervento in emergenza per un paziente sconosciuto agli operatori e in generale all'intero DSM, poiché non seguito da alcuna delle unità operative del territorio. In casi del genere, l'intervento è sempre un'incognita, e in certe occasioni risulta gravido di incertezza, rischio, potenziale danno, stress. Se la persona mostra un comportamento minaccioso o aggressivo verso terzi, magari anche con l'uso di armi, il personale del 118 deve accertare se si tratti di una persona con disturbo mentale oppure di un criminale. Accer-

tarlo nell'immediato, nella condizione di emergenza, sotto minaccia, talora è arduo, e si comprende che il personale sanitario possa commettere errori. Ma questo poi sarà poco considerato da chi, giornalista o inquirente, formulerà un giudizio sull'accaduto.

Il team del 118 affronta ogni giorno condizioni di rischio simili. La difficoltà maggiore si ha quando la persona ha un disturbo mentale e al contempo è autore di reati. Le due condizioni si sovrappongono e il personale sanitario dovrà agire in circostanze ancora più ardue. Dovrà tutelare l'incolumità propria, del malato e degli altri presenti, ad esempio vicini o familiari. L'intervento viene operato in vari casi da un team con un'ambulanza che interviene in condizioni assai difficili, di grande incertezza, in cui, considerata l'alta criticità della situazione, la sicurezza, sia del paziente sia degli operatori, è ogni momento, quasi minuto per minuto, al centro dell'attenzione. Il rischio di sbagliare è elevato, e le diligenti capacità di chi procede con analitico giudizio a posteriori portano spesso a perseguire anche il minimo errore da parte del personale sanitario. Diversi colleghi ci hanno riferito come le aggressioni al personale sanitario generalmente passino invece sotto silenzio, e specialmente in psichiatria siano, stranamente, ritenute quasi parte naturale dell'intervento. Le tante difficoltà che contraddistinguono le situazioni dell'intervento di emergenza non sono considerate, riferiscono; anzi, secondo alcuni sarebbero pressoché ignorate da una mentalità che alla doverosa preoccupazione per la tutela della persona con disturbo mentale non affiancherebbe una altrettanto giusta preoccupazione per l'incolumità di chi opera tutti i giorni in circostanze difficili.

"Certe volte ho paura", ci ha detto uno psichiatra che lavora presso un CSM e attua interventi d'emergenza. "Ho preso tante botte... anche gli infermieri. Andiamo in case di sconosciuti, notte e giorno, non sai chi trovi, se sia un malato o meno, se abbia coltelli o armi. Poi se fai un TSO e qualcosa va storto finisci sui giornali... e la colpa è sempre nostra". Un altro collega che lavora in un CSM periferico ci ha confessato di "avere paura, specie quando si va in alcuni quartieri della Capitale, i pazienti non sono più quelli di una volta, alcuni non parlano italiano, non ci si riesce a capire, a volte sono terrorizzato, ormai vado solo se sono sicuro dell'intervento delle forze dell'ordine, che a volte non vengono... due infermieri sono stati picchiati... è dura lavorare così, che ogni volta non sai cosa ti potrebbe succedere". Un altro collega, psichiatra di una grande struttura del Sud, ci ha riferito di un medico che porta sul suo corpo per sempre i segni dell'aggressione di un paziente in un'emergenza. D'altronde, in letteratura sono ben noti alcuni casi di omicidio del medico in psichiatria<sup>10</sup>.

Considerato che aggressività e impulsività sono tra le principali dimensioni psicopatologiche<sup>13</sup>, in una certa misura la gestione della violenza fa parte del lavoro in psichiatria<sup>14</sup>. Va tuttavia riconosciuto che alcune situazioni sono particolarmente complesse e difficili, o si collocano ai limiti di quelle che sono le ragionevoli responsabilità del clinico. Alcuni pazienti sono fisicamente violenti e restano in parte tali nonostante trattamenti anche incisivi; i familiari ne hanno paura, e nessuno di loro vuole che tornino a casa dopo un episodio acuto; spesso anche i vicini ne sono terrorizzati. In questi casi, si pone talora il quesito dell'effettivo rapporto tra psicopatologia e violenza. Si ritiene comunemente, anche tra gli stessi operatori psichiatrici, che il verificarsi di episodi di per-

dita di controllo, comportamenti aggressivi e atti violenti sia interamente dovuto alla condizione di sofferenza psicopatologica. Ne consegue, perciò, che tali atti vadano compresi, “tollerati” e curati come parte di specifici quadri clinici. Questa convinzione è del tutto condivisibile per determinate condizioni, come alcuni episodi deliranti o maniacali. Non di rado, tuttavia, il quadro psicopatologico non “spiega” davvero completamente i comportamenti violenti. La maggior parte dei pazienti sofferenti di schizofrenia, anche allucinati o deliranti, non è infatti aggressiva o violenta, così come una larga parte dei pazienti con disturbo bipolare. Viene dunque da chiedersi in che misura sia giustificato accettare un comportamento aggressivo e violento da parte di qualunque persona che si trovi a essere assistita in psichiatria perché tale persona “è malata”. E si pone il problema di come ragionevolmente accertare se quel comportamento dipenda da una patologia o meno. Non è facile delineare come comportarsi correttamente, a tutela sia degli operatori sia di altri pazienti esposti a violenza, di fronte a un paziente che sia violento in assenza di psicopatologia o con un quadro psicopatologico minimo o lieve, o a un paziente violento che abbia un disturbo psicopatologico ritenuto tuttavia non collegato al comportamento violento.

Particolari problemi sono posti dai pazienti con disturbo mentale autori di reato. È una condizione che si è configurata come del tutto nuova dopo la recente chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e l’istituzione delle Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), attuata sinora parzialmente e solo in alcune Regioni. L’affidamento di pazienti con disturbo mentale autori di reato alle strutture del territorio ha avuto attenzione in diversi articoli su questa stessa Rivista cui si rimanda per approfondimenti<sup>15-18</sup>. Qui ci limitiamo a riportare che alcuni colleghi ci hanno riferito che pazienti autori di reato sono stati portati dalle forze dell’ordine al PS; altri sono stati inviati dal magistrato in SPDC, con provvedimenti più di una volta non ben coordinati con il DSM, o talora disposti senza avvisare prima l’ospedale, verificare la disponibilità dei posti letto, fornire adeguate informazioni sul paziente, o valutare e definirne la pericolosità sociale. È importante sottolineare quanto sia problematica la collocazione di pazienti di questo tipo (a volte con pregressi comportamenti criminali, violenti, antisociali; pregresso o concomitante uso di droghe; storia psichiatrica molto seria alle spalle) accanto a persone vulnerabili come ad esempio ragazze con anoressia mentale o giovani nella delicatissima fase dell’esordio dei sintomi psicotici, senza chiarezza sulle competenze e le responsabilità circa tentativi di allontanamento dal reparto. L’impressione di molti clinici del settore è che vi siano ancora diverse disfunzioni e discontinuità di collegamento tra magistratura e servizi sanitari. Per questo tipo di casi, la durata della degenza non è breve e dettata solo dal miglioramento del quadro clinico, ma viene a essere determinata da un complesso intreccio con percorsi giudiziari e disposizioni che non sono di competenza del medico. Alcuni psichiatri hanno rilevato che questi pazienti talora restano ospiti per periodi molto protratti. Casi “difficili”, dunque, in parte per la complessità clinica e psicopatologica; in parte per difetto di informazioni; in parte per ragioni organizzative e di percorso di cura; in parte poiché alcuni casi, per la loro storia e le loro caratteristiche, si adattano con difficoltà al rapporto col personale sanitario e con gli altri pazienti degenti; in parte, infine, per i possibili atti violenti e le collegate responsabilità di sicurezza verso degenti e operatori.

## I “CASI DIFFICILI” DI NATURA SOCIALE

Vi sono poi altri tipi di “casi difficili” legati a situazioni di difficoltà sociale che, pur se non strettamente “nuovi”, compaiono attualmente con frequenza molto maggiore, soprattutto nei contesti urbani. Tra questi, figurano i pazienti senz’altro. Secondo le ultime stime ISTAT, risalenti al 2014, in Italia ben 50.724 persone risultano senza fissa dimora. Di queste, 5.012 hanno avuto difficoltà a interagire con i rilevatori per «problemi legati a limitazioni fisiche o disabilità evidenti quali insufficienze, malattie o disturbi mentali»<sup>19</sup>. Rappresentano certamente una quota ridotta degli assistiti ma di alto impegno assistenziale, sia dal punto di vista clinico sia di responsabilità etica, clinica e medico legale. Negli ultimi anni, tra gli operatori si ha la percezione che il numero di questi pazienti sia aumentato e abbia una certa consistenza soprattutto nelle realtà urbane ad alta densità. Tale impressione trova riscontro nella crescita del numero stimato delle persone senza dimora di oltre 3.000 unità dal 2011 al 2014, e nel dato che circa i due terzi di queste persone si trovano in aree metropolitane<sup>19</sup>. In questi pazienti, la difficoltà è ulteriormente aggravata dalla frequente presenza di patologie mediche generali, infettive e metaboliche, talora in concomitanza con l’uso di alcol e altre sostanze. I problemi principali sono la frequente scarsa collaborazione da parte del paziente, la sua spesso marcata vulnerabilità e la scarsità di punti di riferimento istituzionali legata alla mancanza di un bacino d’utenza, che rende molto difficile assicurare una continuità assistenziale. In caso di ricovero in SPDC, con i pazienti senza dimora è frequente andare incontro a tempi di degenza lunghi, legati sia a difficoltà burocratiche e amministrative, come ad esempio trasferimenti e rimpatri, sia alla mancanza di una struttura di riferimento per la dimissione cui affidare il paziente. In simili situazioni, rischi etici e legali sono sempre in agguato. Un’ulteriore difficoltà che può presentarsi con questo tipo di pazienti è legata alla frequente presenza di problemi di comunicazione: la maggior parte (58,2%) delle persone senza dimora, infatti, sono stranieri<sup>19</sup>.

I pazienti stranieri, dei quali negli ultimi anni è aumentato in misura considerevole l’afflusso, pongono, in effetti, alcuni particolari problemi che li rendono non di rado di difficile gestione. In una disciplina come la psichiatria, che “funziona” sul rapporto sanitario-paziente centrato in prevalenza sulla comunicazione verbale, la presenza di barriere linguistiche e di diversità culturali costituisce un serio ostacolo alla valutazione psicopatologica e alla messa in opera delle cure più appropriate. Si incontrano serie difficoltà nella raccolta dell’anamnesi, l’instaurazione di un rapporto, l’acquisizione del consenso al trattamento, l’utilizzo della parola come strumento stesso di cura. Con determinati pazienti è indispensabile attendere l’intervento del mediatore culturale, che tuttavia a volte, per diverse ragioni, non avviene prontamente, ma solo dopo 2-3 giorni. A complicare le cose, può capitare che il paziente rifiuti il mediatore. I tempi del ricovero possono allungarsi grandemente. I sanitari vivono difficoltà di procedure, a volte la problematicità di un paziente spaventato, oppositivo, talora reattivo e aggressivo, e soffrono la frustrazione di non riuscire ad aiutarlo. In mancanza di familiari disponibili in Italia, diviene necessario provvedere al rimpatrio, con problemi da affrontare economici, burocratici, di collaborazione del paziente. Solo se il paziente risulterà significativamente migliorato, calmo e disponibile sarà accet-

### *I nuovi "casi difficili" in psichiatria*

tato come passeggero su un aereo. In altri casi, per i sanitari si apre il difficile compito di reperire un'organizzazione sanitaria che accolga il paziente e ne garantisca protezione e prosecuzione ambulatoriale delle cure, sempre che il paziente accetti e collabori. Sono questi casi "difficili", ma di alta soddisfazione per il personale medico e infermieristico quando con sforzo, dedizione e fatica "salvano" un paziente e lo vedono tornare alla serenità e alla sua vita normale.

I pazienti sopra descritti illustrano bene i problemi correlati all'incremento della "burocratizzazione" della psichiatria che ha fatto seguito all'entrata del modello di assistenza territoriale dipartimentale, secondo cui la presa in carico compete ai sanitari del DSM della zona di residenza, con cui va costruito il percorso di cura, il reintegro e il reinserimento. Nonostante il suo encomiabile carattere progressista e innovativo in riferimento all'epoca della sua implementazione, questo modello basato sul "bacino di competenza" mostra oggi alcuni limiti a fronte del crescente numero di pazienti ricoverati fuori bacino, per i quali la concezione di percorso dipartimentale secondo territorio risulta poco pertinente e applicabile.

Difficoltà organizzative permeano inoltre la gestione di molti dei casi visitati in PS. Alcuni nostri recenti studi condotti nel PS di due maggiori ospedali della Capitale hanno rilevato che le dimensioni psicopatologiche che più spesso portano alla decisione di ricoverare un paziente sono l'agitazione psicomotoria grave, la marcata distorsione di realtà, comportamenti aggressivi e violenti che non si attenuano e la disorganizzazione del pensiero e del comportamento<sup>20</sup>. Certamente, alcuni casi sono "difficili" per ragioni squisitamente cliniche, come avviene in ogni disciplina medica, quali la valutazione delle migliori scelte terapeutiche immediate o la difficoltà di porre una pronta ed esatta diagnosi differenziale, ad esempio verso patologie organiche con sintomi simili, casi di intossicazione da sostanze acute o cronici, concomitanti patologie mediche che rendono problematica la gestione del paziente. Tuttavia, una parte di essi viene a essere "difficile" a causa di difficoltà organizzative locali e regionali di sistema, mancanza di posti letto, indisponibilità e mancata collaborazione del paziente senza che ricorrano i criteri per un TSO, tutti fattori che non dipendono dal medico, che si trova anche a dover ponderare i rischi legati all'imprevedibilità dei comportamenti del paziente nel breve termine qualora decida di non ricoverarlo e di inviarlo a una visita ambulatoriale.

Nel PS affollato di una città metropolitana vi sono dai 6 agli oltre 12 accessi al giorno per acuzie psicopatologica, per lo più ivi condotti dal 118; considerato che il SPDC di pertinenza dell'ospedale ha un massimo per legge di 16 posti letto, e che la durata media di degenza nei SPDC italiani per la gestione dell'acuzie e il contatto con il CSM è di 12 giorni<sup>21</sup>, non si potranno effettuare più di 1-2 ricoveri nuovi al giorno. Fortunatamente, non tutti i 6-12 pazienti visti in PS necessitano di ricovero. Le soluzioni possibili per i pazienti che ne abbisognano sono diverse: alcuni, di norma i casi per cui si rende necessario un TSO, vengono ricoverati in SPDC in temporaneo sovrannumero; altri vengono trasferiti dal PS in altri SPDC della regione, qualora abbiano posti disponibili; altri ancora restano per 12-24 ore nel PS in attesa di posto libero, in sede o altrove. Fino circa al 2000, il sistema era sotto sforzo ma ancora in equilibrio; dopo la crisi economica, l'incremento dei pazienti stranieri e dei pazienti fuori bacino

d'utenza ha, almeno in alcuni territori metropolitani, posto il sistema sotto forte stress, uno stress che spesso si ripercuote negativamente sui malati, sulla qualità dell'assistenza, sulle famiglie e sugli operatori stessi. Ciò ha comportato anche un consistente incremento del rischio medico legale per eventi avversi occorsi al paziente o causati dallo stesso, di cui non appare proponibile ritenere responsabile il singolo medico. Le possibilità di prevedere il comportamento, anche nel futuro molto prossimo, sono, infatti, limitate. Ad esempio, per quanto concerne gli atti autolesivi, gli studi non hanno identificato variabili che consentano di stimare, se non con certezza, quantomeno con alta precisione, il rischio di suicidio, anche in persone che hanno già compiuto un tentativo di suicidio<sup>22</sup>. Non si è quindi in grado di riportare un fenomeno complesso come il suicidio a una causalità al di là di ogni ragionevole certezza come, invece, richiesto dal Diritto Penale<sup>23</sup>. Come pure per gli atti eterolesivi, va rimarcato che non esistono metodologie per una sicura previsione di simili comportamenti nel singolo caso clinico, né provvedimenti terapeutici in grado di neutralizzare sempre, rapidamente e senza recidive, tali comportamenti. Certo, con il senno di poi, dopo che un gesto eterolesivo si sia verificato, tutte le persone, soprattutto i profani in campo psichiatrico, sono capaci di identificare le ragioni del gesto e di trovare errori commessi dai curanti. Ma tale giudizio non ha validità clinica e forense, poiché l'eventuale responsabilità dello psichiatra è da valutare riferendosi al momento dei fatti, e inoltre deve essere contestualizzata nel singolo caso clinico<sup>24</sup>.

Vanno poi segnalate le crescenti difficoltà che si incontrano nei casi ove la patologia psichica sia associata all'uso di sostanze. Il problema si presenta in tutte le fasce di età per quanto riguarda il concomitante abuso di alcol e, in una quota crescente di giovani, per lo più per uso di cannabis in giovani psicotici, nonché per impiego di stimolanti e cocaina. Non sono quadri rari: già oltre dieci anni fa nello studio PROGRES-Acuti fu riscontrato che nei pazienti con diagnosi di schizofrenia, disturbo bipolare, disturbi depressivi o ansiosi, l'abuso di alcol e di altre sostanze costituiva uno dei fattori contribuenti al ricovero rispettivamente nel 9,6-11% e nel 3,4-5,5% dei casi<sup>25</sup>.

Per queste condizioni, generalmente definite con l'infelice termine, mutuato dalla letteratura anglosassone, di "doppia diagnosi", che risulta confusivo rispetto alla presenza di una comorbilità psichiatrica o medica, il progetto terapeutico prevede di norma la collaborazione con strutture per la dipendenza da sostanze o l'invio in comunità dedicate. Si tratta, tuttavia, di un percorso irto di spine: spesso il paziente non è accettato da queste strutture in quanto giudicato privo dei previsti requisiti; oppure il paziente non accetta di entrare nella struttura; o ancora non di rado se ne allontana, spesso entrando di nuovo in una fase di scompenso e acuzie psicopatologica. La stima della frequenza di questo tipo di problemi non è nota, verosimilmente varia secondo le aree geografiche e il tipo di psicopatologia concomitante. Il clinico esperto, che ha incontrato negli anni diversi pazienti di questo tipo, sa quanto la condizione possa essere in diversi casi impegnativa e ardua, sia per le difficoltà nell'avviare un percorso di cura, sia per le responsabilità che gli vengono attribuite nella gestione di questi casi, dove in genere le sue possibilità di influire concretamente sul decorso e l'esito sono assai modeste data la scarsa collaborazione del paziente, i vari stimoli e contesti cui questi si espone, la dubbia adesio-

ne ai trattamenti sia farmacologici sia psicoterapeutici suggeriti e la frammentarietà dei percorsi di cura.

## I PAZIENTI RESISTENTI AL TRATTAMENTO

In un'esposizione dei "casi difficili" in campo psichiatrico, non può essere trascurato il problema dei pazienti resistenti al trattamento. La legislazione sulla salute mentale e l'organizzazione delle relative strutture sanitarie è giustamente centrata sulla cura e tesa a curare, ma molti si chiedono se sia prevista la possibilità che un paziente non benefici di un sostanziale miglioramento nonostante diversi progetti terapeutici e tentativi di cura. Decorsi di questo genere si osservano nella realtà clinica, il che peraltro non sorprende, considerando che, anche nell'universo rarefatto degli studi clinici controllati, con pazienti selezionati e collaborativi seguiti in condizioni prossime all'ideale, una quota non trascurabile di pazienti non risponde, o risponde solo parzialmente, sia agli psicofarmaci sia alla psicoterapia e ai trattamenti psicosociali e riabilitativi. Questo significa che anche disponendo della migliore competenza clinica, anche seguendo linee guida, una quota di casi non risponderà al trattamento e un'altra non otterrà una piena remissione sintomatologica, che si utilizzino la psicofarmacoterapia o gli interventi non farmacologici. Per questi ultimi la quota d'insuccesso, quantomeno nella pratica del lavoro nei servizi, è forse ancora più elevata, poiché rispetto al trattamento psicofarmacologico richiedono maggiore motivazione, disponibilità e partecipazione attiva del paziente alle cure.

Se in alcuni casi il paziente può migliorare molto poco, in altri casi può non migliorare affatto; in alcuni può addirittura peggiorare senza che ciò sia attribuibile a errori terapeutici, sebbene questa sia un'evenienza possibile che va sempre attentamente considerata in ogni caso che presenti un decorso sfavorevole. Ci si potrebbe chiedere come mai si debba ritenere che la psichiatria sia diversa dagli altri campi della medicina, dove si concede la possibilità che una patologia di per sé peggiori spontaneamente, o abbia un decorso e una prognosi sfavorevoli nonostante le cure. In psichiatria, il concetto di prognosi pare poco o nulla utilizzato, al pari del fondamentale concetto clinimetrico di stadio<sup>26</sup>, come se ignorarlo potesse nascondere il problema posto dai casi a decorso sfavorevole.

La definizione del concetto di progetto terapeutico, e dei conseguenti percorsi, suggerirebbe che il paziente possa sempre e invariabilmente, attraverso vari interventi, migliorare o essere comunque accompagnato e supportato anche per un tempo molto prolungato. Il problema è che, in alcuni casi, il paziente nonostante le cure e il progetto terapeutico non migliora. Nel caso di un paziente ricoverato in SPDC, l'assenza di ogni miglioramento, al di là del senso di sconfitta professionale che genera nei curanti, crea seri problemi gestionali poiché, a rigore, un simile paziente non potrebbe essere dimesso, considerando che la dimissione di una persona ancora sofferente implica serie difficoltà di un reinserimento psicosociale, di opportunità abitative protette di lungo termine, di rapporto con i familiari. In effetti, la ricerca ha mostrato che una piccola, ma non trascurabile proporzione di pazienti, intorno al 12%, in larga misura ricoverati presso case di cura private ma talora anche in SPDC, ha degenze molto protratte, superiori a 3 mesi, a causa di fattori come mancata

risposta al trattamento (30%), mancanza di sostegno sociale (36%), mancanza di una sistemazione indipendente o assistita (57%)<sup>27</sup>. Nonostante l'impegno terapeutico protratto, in tutti i casi grava comunque sullo psichiatra che opera in una struttura ospedaliera la responsabilità civile e penale degli atti autolesivi e di violenza verso le altre persone che il paziente può compiere durante il ricovero e dopo la dimissione. Altrettanto si può dire per i clinici che lavorano nei CSM per tutti i casi che non necessitano di ricovero ma che non sono migliorati con i trattamenti farmacologici, psicoterapici, riabilitativi. Si tratta di un delicatissimo problema che si pone per i curanti in caso di suicidio<sup>23</sup>, di atti eterolesivi<sup>24</sup>, di stati psicopatologici persistenti, di comportamenti psicopatici e antisociali.

L'entità del problema posto dai decorsi resistenti e sfavorevoli non è nota con precisione. Probabilmente la percentuale di questi casi è relativamente bassa, ma tali casi esistono. Ad esempio, per quanto concerne la schizofrenia, si stima che sul breve termine il 20% dei pazienti non mostri alcuna risposta al trattamento con antipsicotici e che il 67% non raggiunga una piena remissione sintomatologica<sup>28</sup>. Sul lungo periodo, mancano stime sistematiche ma vi è un consenso che una percentuale di pazienti non trascurabile, definita tra il 10 e il 30%<sup>29</sup>, tra il 5 e il 25%<sup>30</sup>, tra il 10 e il 20%<sup>31</sup> tragga nulli o scarsi benefici dal trattamento con farmaci antipsicotici. Per quanto riguarda il disturbo bipolare, una risposta insoddisfacente ai trattamenti disponibili è frequente, soprattutto per la depressione bipolare, in cui negli studi naturalistici fino a un terzo dei pazienti non risponde ai trattamenti<sup>32</sup>. Una proporzione simile di casi resistenti al trattamento si ha anche per la depressione maggiore<sup>33,34</sup>.

Per quanto riguarda la responsabilità civile e penale dei sanitari, il problema si pone anche per quei pazienti che rispondono solo parzialmente alle cure, dato che in tale condizione il rischio di suicidio resta presente, sebbene ridotto, e che misure preventive o protettive di lungo termine sono pressoché impossibili da attuare. Sebbene questi pazienti resistenti a ogni trattamento siano una minoranza dei casi trattati nei DSM, questa è assai rilevante in termini etici, deontologici e di responsabilità, ma il problema sembra misconosciuto. È un dato di fatto che esistano casi di tale difficoltà da rasentare l'impossibilità di indurre un significativo miglioramento anche sul lungo periodo e con i migliori trattamenti disponibili: tuttavia, sembra esserci un'aspettativa latente, implicita che tutti i disturbi mentali possano essere curati con gli strumenti che la buona pratica mette a disposizione e che, diversamente da altri settori della medicina, le patologie non possano avere in psichiatria prognosi di per sé sfavorevole. Per il personale sanitario, una siffatta aspettativa aggiunge una ulteriore dimensione di difficoltà a quella, già molto marcata, di natura clinica.

## CONCLUSIONI

A conclusione di questa nostra disamina delle difficoltà, spesso molto serie, poste da alcuni casi che s'incontrano nella pratica clinica, vogliamo affermare che ancora oggi, nonostante l'emergere di molti nuovi problemi che complicano il lavoro, continuiamo a essere d'accordo con compianti Maestri della nostra disciplina come Paolo Pancheri e Romolo Rossi sul fatto che fare lo psichiatra sia il mestiere più bello



### *I nuovi "casi difficili" in psichiatria*

del mondo<sup>35</sup>. È tuttavia innegabile che negli ultimi decenni, soprattutto per chi presta la propria opera nei servizi pubblici, la quota di tensione, incertezza, disagio sia cresciuta, e i rischi e i pericoli aumentati. Già lo scorso decennio, uno studio sistematico svolto in un grande DSM metropolitano aveva evidenziato alti livelli d'insoddisfazione lavorativa tra gli operatori sanitari, in particolare quelli impegnati nei reparti ospedalieri<sup>36</sup>.

La relativa scarsità di risorse dedicate alla salute mentale in Italia rispetto ad altre nazioni industrializzate<sup>2</sup> è certamente un elemento fonte di preoccupazione e che potrebbe essere oggetto di interventi di sistema utili a migliorare le condizioni di lavoro degli operatori del settore. Tuttavia, vogliamo qui richiamare l'attenzione su altre questioni di natura non economica o materiale. Per lo psichiatra, lavorare bene è difficile in un mondo dove un gran numero di persone, ingannate dall'apparente somiglianza del linguaggio della psicopatologia con quello della conversazione comune, ritengono di poter mettere bocca a vario titolo su questioni complesse legate alla diagnosi, al trattamento e al decorso dei disturbi mentali. È anche difficile se ci si trova quotidianamente intrappolati in situazioni simili a un doppio legame, in cui qualunque scelta sarà sbagliata poiché erroneamente concettualizzata e giudicata nell'ambito di una rigida dicotomia tra prevaricazione del paziente e mancata protezione dello stesso.

Perché il nostro mestiere possa rimanere il più bello del mondo, è essenziale che lo psichiatra sia messo nelle condizioni di poter lavorare bene. Ciò presuppone che venga restituita allo psichiatra la fiducia nella sua competenza, nelle sue capacità e nella sua determinazione a fare il meglio possibile per i propri pazienti. Che gli sia restituita la libertà di curare, secondo scienza e coscienza, in piena onestà, o che gli sia garantita almeno la possibilità di provarci. È anche necessario che vengano ridotte le talora onnipotenti aspettative, implicite o esplicite, nei confronti del suo operato, e che le sue responsabilità, alle quali certo lo psichiatra non vuole sottrarsi, siano proporzionate alle situazioni e valutate secondo buon senso.

È nostra speranza che le riflessioni proposte in questo editoriale possano essere di aiuto per stimolare un dibattito costruttivo teso a migliorare le condizioni di lavoro di tutti gli operatori impegnati nell'assistenza psichiatrica che ogni giorno, con fatica e abnegazione, s'impegnano per assicurare ai pazienti i migliori esiti di salute possibili.

*Conflitto di interessi:* gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

### **BIBLIOGRAFIA**

1. Basaglia F. Scritti 1953-1980. Milano: Il Saggiatore, 2017.
2. Barbui C, Papola D, Saraceno B. Forty years without mental hospitals in Italy. *Int J Ment Health Syst* 2018; 12: 43.
3. Picardi A, Lega I, Candini V, Dagani J, Iozzino L, de Girolamo G. Monitoring and evaluating the Italian mental health system: the "Progetto Residenze" study and beyond. *J Nerv Ment Dis* 2014; 202: 451-9.
4. Morosini P, Gigantesco A, Mazzarda A, Gibaldi L. HoNOS-Roma. Una versione ampliata, personalizzabile e che facilita la compilazione ripetuta nel tempo dello strumento HoNOS. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2003; 12: 53-62.
5. de Girolamo G, Rucci P, Gaddini A, Picardi A, Santone G. Compulsory admissions in Italy: results of a National Survey. *Int J Ment Health* 2008; 37: 48-61.
6. Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 163-8.
7. Gigantesco A, Miglio R, Santone G, et al. The process of care in general hospital psychiatric units: a national survey in Italy. *Aust N Z J Psychiatry* 2007; 41: 509-18.
8. Khalifeh H, Johnson S, Howard LM, et al. Violent and non-violent crime against adults with severe mental illness. *Br J Psychiatry* 2015; 206: 275-82.
9. Greco O, Maniglio R. Malattia mentale e criminalità. *Rassegna Italiana di Criminologia* 2007; 1: 111-31.
10. Loretto L, Falchi L, Nivoli F, Milia P, Nivoli G, Nivoli A. L'omicidio del medico. *Riv Psichiatr* 2015; 50: 175-80.
11. Biancosino B, Delmonte S, Grassi L, et al.; PROGRES-Acute Group. Violent behavior in acute psychiatric inpatient facilities: a national survey in Italy. *J Nerv Ment Dis* 2009; 197: 772-82.
12. de Girolamo G, Picardi A, Santone G, et al.; PROGRES Group. The severely mentally ill in residential facilities: a national survey in Italy. *Psychol Med* 2005; 35: 431-41.
13. Biondi M, Pasquini P, Picardi A (a cura di). *Dimensional Psychopathology*. Berlino: Springer, 2018.
14. Davison S. The management of violence in general psychiatry. *Adv Psychiatr Treat* 2005; 11: 362-70.
15. Balbi A, Biondi M. Ombre ed errori di una legge: il parere dei clinici. *Riv Psichiatr* 2015; 50: 49-50.
16. Casacchia M, Malavolta M, Bianchini V, et al.; Directors Italian Section, World Association For Psychosocial Rehabilitation (WAPR). Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: a new deal per la salute mentale? *Riv Psichiatr* 2015; 50: 199-209.
17. Ferracuti S, Biondi M. La riforma dell'ordinamento penitenziario. Una rivoluzione culturale che investe i Servizi di Salute Mentale. *Riv Psichiatr* 2018; 53: 1-4.
18. Latte G, Avvisati L, Calandro S, et al. Dagli OPG alle REMS: il ruolo di un servizio sanitario territoriale nell'esecuzione delle misure di sicurezza detentive e non, nei confronti degli autori di reato con problemi psichici. *Riv Psichiatr* 2018; 53: 31-9.
19. Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). Le persone senza dimora. Comunicato del 10 dicembre 2015. [https://www.istat.it/it/files//2015/12/Persone\\_senza\\_dimora.pdf](https://www.istat.it/it/files//2015/12/Persone_senza_dimora.pdf)
20. Dazzi F, Picardi A, Orso L, Biondi M. Predictors of inpatient psychiatric admission in patients presenting to the emergency department: the role of dimensional assessment. *Gen Hosp Psychiatry* 2015; 37: 587-94.
21. de Girolamo G, Barbato A, Bracco R, et al.; PROGRES-Acute group. Characteristics and activities of acute psychiatric inpatient facilities: national survey in Italy. *Br J Psychiatry* 2007; 191: 170-7.
22. Tarolla E, Caredda M, Tarsitani L, Maraone A, Biondi M. Fattori predittivi di nuovi tentativi di suicidio in soggetti che accedono in pronto soccorso per un tentativo di suicidio. Uno studio longitudinale a un anno. *Riv Psichiatr* 2015; 50: 28-33.
23. Biondi M, Iannitelli A, Ferracuti S. Sull'imprevedibilità del suicidio. *Riv Psichiatr* 2016; 51: 167-71.
24. Nivoli G, Loretto L, Carpinello B, et al. Osservazioni psichiatrico-forensi sulle imputazioni e condanne agli psichiatri per il comportamento violento del paziente. *Riv Psichiatr* 2017; 52: 101-8.
25. Preti A, Rucci P, Santone G, et al.; PROGRES-Acute group. Patterns of admission to acute psychiatric inpatient facilities: a national survey in Italy. *Psychol Med* 2009; 39: 485-96.
26. Fava GA, Kellner R. Staging: a neglected dimension in psychiatric classification. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87: 225-30.

*Biondi M, Picardi A*

27. Gigantesco A, de Girolamo G, Santone G, Miglio R, Picardi A; the Progres Group. Long-stay in short-stay inpatients facilities: risk factors and barriers to discharge. *BMC Public Health* 2009; 9: 306.
28. Samara MT, Nikolakopoulou A, Salanti G, Leucht S. How many patients with schizophrenia do not respond to antipsychotic drugs in the short term? An analysis based on individual patient data from randomized controlled trials. *Schizophr Bull* 2018 Jul 2; doi: 10.1093/schbul/sby095.
29. Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, et al.; American Psychiatric Association; Steering Committee on Practice Guidelines. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *Am J Psychiatry* 2004; 161 (2 suppl): 1-56.
30. Brenner HD, Dencker SJ, Goldstein MJ, et al. Defining treatment refractoriness in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1990; 16: 551-61.
31. Kane JM, Honigfeld G, Singer J, Meltzer H. Clozapine in treatment-resistant schizophrenics. *Psychopharmacol Bull* 1988; 24: 62-7.
32. Geddes JR, Miklowitz DJ. Treatment of bipolar disorder. *Lancet* 2013; 381: 1672-82.
33. Keller MB. Issues in treatment-resistant depression. *J Clin Psychiatry* 2005; 66 (Suppl 8): 5-12.
34. Nemeroff CB. Prevalence and management of treatment-resistant depression. *J Clin Psychiatry* 2007; 68 (Suppl 8): 17-25.
35. Rossi R. Editoriale. *Giornale Italiano di Psicopatologia* 2007; 13: 291-2.
36. Gigantesco A, Picardi A, Chiaia E, Balbi A, Morosini P. Job satisfaction among mental health professionals in Rome, Italy. *Community Ment Health J* 2003; 39: 349-55.