

La psichiatria di consultazione e collegamento nell'ospedale generale: l'esperienza perugina

Consultation-Liaison Psychiatry in the General Hospital: an experience in Perugia

M. Piselli, G. De Giorgio, C. Santilli, T. Sciarma, L. Scarponi, A. Rella, T. Blasi, T. La Ferla, S. Ferrari*, R. Quartesan

Sezione di Psichiatria, Psicologia Clinica e Riabilitazione Psichiatrica, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Perugia, Area Funzionale Omogenea di Psichiatria, Università di Perugia, AUSL 3 dell'Umbria; *Dipartimento di Salute Mentale, Università di Modena e Reggio Emilia

Summary

Objective

The European Consultation-Liaison Workgroup for General Hospital Psychiatry and Psychosomatics (ECLW) and the Italian Consultation-Liaison Group advice that the aim of the Consultation-Liaison Psychiatry is to provide hospital treatment using valid and universal medical approaches, in full respect of personalized care.

This study describes the Consultation-Liaison Service of the Perugia University and investigates the significant associations between a many variables of the assessed population.

Methods

We used a clinical report derived from the Patient Registration Form in order to collect demographic and clinical data of hospitalized patients; the t-test, the Mann-Whitney U-Test, and the χ^2 -test-Fischer's test were used for statistical assessment.

Results

During the time from July 2008 to June 2009, 722 consultations were performed at the general hospital in Perugia. First examinations were 605; 462 were in hospital ward and 143 were in emergency. These 143 were excluded from the study.

Most consultations involved European patients (95,2%) of female gender (56.3%); mean age was 55.77 (SD \pm 21.27) (Table I).

Emergencies were 22.5%; one fifth of patients were not informed of having been referred to our service and half of interventions were requested by departments of internal medicine.

The primary reasons for the referral were depression (18.6%), unexplained physical symptoms (12.3%) and anxiety (10.4%); most patients were already taking psychotropic medication before our intervention (58.8%).

The most frequent ICD-10 (International Classification of Disease) diagnoses were the neurotic, stress-related and somato-

form syndromes (29.0%), affective syndromes (23.4%), mental syndromes related to an organic illness (11.0%), but 15.4% of the patients did not have any psychiatric diagnosis; the most common liaison interventions were aimed at the staff of department (46.6%); drug treatment was suggest in 58.9% of cases. At discharge, 22.9% of patients were referred to community psychiatric services, 19.5% to our service and 11.9% to their own general practitioner.

The significant associations are the following: associations between gender and social status ($p < 0.01$), social condition ($p < 0.01$), work ($p < 0.01$) and advice about the need of the consultation ($p < 0.05$) (Table II).

The area (medical, surgical and specialized area) are related with the advice ($p < 0.05$), the reason ($p < 0.01$) and the type of the consultation ($p < 0.01$), the diagnostic explanations ($p < 0.01$), the liaison investigations ($p < 0.01$) and, at last, with the long-range plan after discharge ($p < 0.01$) (Table III).

The main ICD-10 psychiatric diagnoses (Schizophrenia, Affective Syndrome and Neurotic-Stress-Somatoform Syndrome) are associated with social status ($p < 0.01$), social condition ($p < 0.01$), work ($p < 0.01$), hospitalization length ($p < 0.01$), consultation type ($p < 0.01$), advice ($p < 0.01$), reason of the consultation ($p < 0.01$), liaison investigations ($p < 0.05$) and long-range plan after discharge ($p < 0.05$) (Table IV).

Discussion

The results agree with ISTAT (National Statistics Institute) data and with the international literature. The need for better physical and psychological investigation is confirmed. Clinicians must pay attention to bio-psycho-social status of hospitalized patients for promoting their wellbeing and not only illness remission.

Key words

Consultation-Liaison Psychiatry • Wellbeing • Personalized care

Corrispondenza

M. Piselli, Ospedale San Giovanni Battista di Foligno (PG), Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Area Funzionale Omogenea di Psichiatria, Università di Perugia, AUSL 3 dell'Umbria, via Arcamone, 06030 Foligno (PG), Italia • Tel. 0742/3397360 • E-mail: pisom@tiscalinet.it

Riassunto

Obiettivi

L'European Consultation-Liaison Workgroup for General Hospital Psychiatry and Psychosomatics (ECLW) ed il Gruppo Italiano per la Psichiatria di Consultazione e Collegamento suggeriscono che nella pratica della psichiatria di consultazione e collegamento bisogna utilizzare approcci clinici validi ed universali nel rispetto della individualizzazione della cura. Il seguente lavoro descrive il servizio di Consultazione e Collegamento dell'Università di Perugia e indaga le associazioni significative tra diverse variabili presenti nella popolazione esaminata.

Materiali e metodi

I dati sociodemografici e clinici dei pazienti ricoverati sono stati raccolti mediante una scheda derivata dal *Patient Registration Form*. L'analisi statistica è stata condotta utilizzando il t-test, il *Mann-Whitney U-Test* ed il test esatto di Fisher.

Risultati

Dal primo luglio 2008 al trenta giugno 2009 sono state effettuate presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia 722 consulenze. 605 sono stati primi contatti, di cui 462 in regime di degenza e 143 al Pronto Soccorso. Queste ultime sono state escluse dallo studio. La maggior parte delle consulenze ha interessato soggetti europei (95,2%), donne (56,3%) e di età media pari a 55,77 anni (SD \pm 21,27) (Tab. I).

Le richieste in emergenza sono state 22,5%; circa un quinto dei pazienti non è stato informato della richiesta di consulenza e la metà delle consulenze sono state richieste dai reparti dell'area medica.

I motivi principali di richiesta sono stati: depressione (18,6%), sintomi fisici non spiegabili su base organica (12,3%) e ansia (10,4%). Il 58,8% dei soggetti assumeva psicofarmaci prima del ricovero.

Introduzione

L'affermazione negli ultimi anni della psichiatria di consultazione e collegamento^{1,2} costituisce una risposta all'inderogabile richiesta di assistenza formulata dal paziente ospedalizzato e dagli operatori che ne hanno cura³. L'attivazione dei servizi di Consulenza e di Liaison non si limita all'erogazione di competenze peritali ma adempie al suo significato più profondo che è quello del "consulto-āre" cioè del "fare consiglio tra più persone al fine di prendere una decisione". Per l'etimologia la radice di consulto è la stessa di consiglio ("consulo-ěre") cioè "sedere insieme". Consulente è dunque "colui che assiste col consiglio". Analogamente collegare ("cum-ligare") è "congiungere strettamente una cosa con un'altra".

In questo senso la formulazione del progetto sul paziente in regime di ricovero, si concretizza in un processo decisionale che richiede la collaborazione tra servizi psichiatrici (ospedalieri e territoriali), personale medico e paramedico, rete socio-familiare⁴.

In questo processo il paziente è parte attiva. Infatti, l'esito

Le diagnosi ICD-10 più frequenti sono state: sindromi nevrotiche-stress-somatoformi (29,0%), sindromi affettive (23,4%), sindromi psicorganiche (11,0%).

Nel 46,6% dei casi l'intervento di collegamento è stato verso lo staff ospedaliero e nel 58,9% delle consulenze è stato consigliato un intervento farmacologico.

Alla dimissione il 22,9% dei pazienti è stato inviato al Centro di Salute Mentale, il 19,5% ai nostri ambulatori e l'11,9% al medico di medicina generale.

Sono risultate significative le seguenti associazioni: genere e stato sociale ($p < 0,01$), condizione sociale ($p < 0,01$), lavoro ($p < 0,01$) ed informazione al paziente rispetto alla richiesta di consulenza ($p < 0,05$) (Tab. II).

Le tre aree – medica, chirurgica e specialistica – sono risultate correlate con la tipologia di richiesta ($p < 0,05$), Il motivo della richiesta ($p < 0,01$), il tipo di prestazione erogata ($p < 0,01$), le Indagini diagnostiche ($p < 0,01$), gli Interventi di collegamento ($p < 0,01$) ed il programma alla dimissione ($p < 0,01$) (Tab. III). Le principali diagnosi ICD-10 (schizofrenia, sindromi affettive e sindromi nevrotiche-stress-somatoformi) sono state associate con lo stato sociale ($p < 0,01$), la condizione sociale ($p < 0,01$), il lavoro ($p < 0,01$), la durata della degenza ($p < 0,01$), il tipo di consulenza ($p < 0,01$), la tipologia della richiesta ($p < 0,01$), il motivo della richiesta ($p < 0,01$), gli Interventi di collegamento ($p < 0,05$) ed il programma alla dimissione ($p < 0,05$) (Tab. IV).

Discussione

I risultati concordano con i dati ISTAT e la letteratura internazionale. È necessario migliorare gli Interventi di natura fisica e psicologica ponendo attenzione allo stato bio-psico-sociale dell'individuo ospedalizzato per promuovere la condizione di benessere e non solo la remissione di malattia.

Parole chiave

Psichiatria di Consultazione e Collegamento • Benessere • Cure individualizzate

dell'intervento di consultazione non deve essere la "psichiatrizzazione" di "sintomi non spiegabili da cause mediche", né la "medicalizzazione" della "malattia mentale", bensì l'*individualizzazione* della cura cioè il ripristino o la promozione di una condizione di benessere della persona intesa come realtà integrata bio-psico-sociale⁵.

Perciò con gli anni si è reso necessario documentare l'evoluzione della Psichiatria di Consultazione e Collegamento e questo anche per ovviare al rischio di una frammentazione delle linee di intervento, al venir meno degli obiettivi di coordinamento e di flessibilità che appaiono fondanti nell'esercizio di tale disciplina⁶. A tale scopo l'European Consultation-Liaison Workgroup for General Hospital Psychiatry and Psychosomatics (ECLW), un gruppo di ricerca fondato nel 1987, ha promosso uno studio multicentrico in 11 Paesi europei, reclutando in un anno solare 14717 pazienti afferiti da 56 centri diversi. I risultati hanno evidenziato la necessità di una migliore strategia organizzativa e di una maggiore omogeneità tra i diversi Servizi⁷. Evidenze analoghe⁸ sono state osservate in Italia in uno studio promosso dall'Ita-

lian Consultation-Liaison Group su 4182 pazienti afferiti in un anno da 17 servizi.

Successivamente, indagini descrittive sono state effettuate nei Paesi Europei, Asiatici e nelle Americhe⁹⁻¹² a dimostrazione dell'esigenza di promuovere una cultura della cura che, lungi dall'ostracizzare la patologia, in tutte le sue declinazioni, cerca di dare una risposta alla richiesta di salute che viene dalla società e al disadattamento che deriva dalla malattia¹³.

L'obiettivo del presente studio è la descrizione dell'attività di consulenza e collegamento presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Perugia con particolare riferimento alle associazioni significative di differenti variabili emerse nella popolazione presa in esame.

Materiali e metodi

Il Servizio

L'équipe. È formata da quattro psichiatri strutturati, da uno psicologo e da 11 assistenti in formazione della Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università di Perugia.

L'organizzazione del servizio ed i tempi di erogazione. L'attività si svolge all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria dell'Ospedale Santa Maria della Misericordia di Perugia. Il servizio ha sede presso la Sezione di Psichiatria, Psicologia Clinica e Riabilitazione Psichiatrica, Università di Perugia.

È attivo dalle ore 8 alle ore 20 e si alterna nell'arco della settimana con l'attività svolta dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (Azienda USL 2 dell'Umbria) ubicata al di fuori dell'Azienda Ospedaliera.

I turni di guardia attiva, della durata di dodici ore, sono svolti da un medico strutturato, coadiuvato da un assistente in formazione le cui mansioni, nel corso degli anni, tendono all'autonomia.

Il servizio riceve richieste di consulenze urgenti o programmate da tutti i reparti dell'ospedale, in regime di degenza o di Day-Service, oltre che dal Pronto Soccorso. La richiesta di consulenza avviene via intranet e la prestazione viene erogata, con priorità all'urgenza, sempre nelle 24 ore.

Gli interventi offerti. Si articolano in attività diagnostica, terapeutica e di programma alla dimissione.

L'attività diagnostica può avvalersi oltre che del colloquio clinico dei seguenti strumenti:

- interviste semistrutturate (*Mini-International Neuropsychiatric Interview* – MINI-plus) e strutturate (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorder* – SCID-II) per la diagnosi secondo il DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Text Revision*);
- test di valutazione generica quali il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI-2), il *Tempera-*

ment and Character Inventory (TCI) e altri strumenti come interviste di spettro, rating scales e questionari autovalutativi, specifici per singoli quadri clinici;

- richiesta di approfondimenti laboratoristici e strumentali per chiarire o escludere un'eventuale causalità organica.

Gli interventi terapeutici e di collegamento consistono in:

- impostazione o rivalutazione di terapia psicofarmacologica, anche nell'urgenza;
- presa in carico del paziente durante la degenza, con colloqui di natura espressivo-supportiva;
- counseling sui familiari, o sui caregivers, soprattutto per pazienti affetti da patologie croniche ed invalidanti;

TABELLA I.
Caratteristiche socio demografiche. *Demographic variables.*

Variabili	Media	DS
Età media	55,77	±21,27
Anni di studio	9,12	±4,63
	N	%
Sesso		
M	202	43,7
F	260	56,3
Stato civile		
Coniugato	206	44,6
Celibe/nubile	124	26,8
Vedovo/a	79	17,1
Separato/a	35	7,6
Non noto	18	3,8
Collocazione socio-ambientale		
Famiglia coniugale	217	47,0
Famiglia d'origine	71	15,4
Solo	96	20,8
Altro	37	8,0
Istituzione	15	3,2
Non noto	26	5,6
Lavoro		
Pensionato	187	40,5
Occupato	112	24,2
Disoccupato	56	12,1
Casalinga	32	6,9
Studente	21	4,5
Non noto	54	11,7
Provenienza		
Europea	440	95,2
Extraeuropea	22	4,8

- sensibilizzazione all'equipe ospitante, al fine di creare condizioni ottimali per la gestione delle più frequenti problematiche psico(pato)logiche associate alle condizioni mediche;
- contatto con i servizi territoriali e con i medici di medicina generale (MMG).

Il programma alla dimissione si traduce in:

- garanzia di continuità terapeutica, presso i Servizi Ambulatoriali della Sezione di Psichiatria, Psicologia Clinica e Riabilitazione Psichiatrica (Unità per la Clinica e la Terapia della Cefalea Psicosomatica, Unità di Psicodiagnostica e Psicofarmacologia Clinica, Unità di Psicogeriatrica, Psicologia Clinica);
- collegamento con specifiche figure professionali sulla base di progetti terapeutici individuali concordati assieme al paziente ed al Servizio destinato a (ri) accoglierlo: MMG, Centro di Salute Mentale (CSM), Servizio per le Tossicodipendenze (SerT), Servizi di Assistenza sociale, specialisti psichiatri privati che hanno già avuto in carico il paziente;
- trasferimento presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) e presso Servizi Residenziali USL della regione umbra.

Il *training*. In accordo con le linee guida europee sulla formazione in Psichiatria di Consultazione e Collegamento⁶ vengono effettuate supervisioni settimanali sugli interventi effettuati, alle quali partecipa tutta l'equipe.

Strumenti per la rilevazione dei dati

Dal 1 luglio 2008 è stata introdotta una scheda di rilevazione dati derivata dal *Patient Registration Form*¹⁴ già utilizzato negli studi multicentrici condotti dall'ECLW e dall'*Italian Consultation-Liaison Group*, al fine di ottenere informazioni standardizzate e facilmente confrontabili con quelli di altri lavori.

La scheda è divisa in otto sezioni così articolate:

- dati demografici;
- dati amministrativi riguardanti i tempi di degenza ed il numero di consulenze effettuate;
- dati relativi alle modalità di richiesta ed erogazione della consulenza;
- presenza di storia psichiatrica;
- diagnosi psichiatrica in atto (convertite in diagnosi ICD-10 a fini di ricerca);
- diagnosi medica;
- prestazioni di consultazione e collegamento fornite;
- programma alla dimissione.

Analisi statistiche

Per il confronto tra le medie abbiamo utilizzato il t-test per la variabili continue e il *Mann-Whitney U-Test* per la variabili non-parametriche. Le variabili categoriali sono state analizzate con il χ^2 -tests e il con il test esatto di Fischer. Abbiamo considerato significativi i risultati dei test con $p < 0,05$.

Le analisi statistiche sono state condotte utilizzando il programma SPSS (versione 12.0).

Risultati

Nel corso di un anno, dal 1 luglio 2008 al 30 giugno 2009, sono state effettuate 722 consulenze psichiatriche (605 primi contatti, 117 controlli).

Dei 605 primi contatti 143 (23,6%) provenivano dal Pronto Soccorso (PS), le restanti 462 da altri reparti (76,4%). Nell'analisi statistica non sono stati inclusi gli interventi effettuati presso il Pronto Soccorso, in quanto non struttura di degenza.

Analisi descrittiva

Nella Tabella I sono riportate le caratteristiche socio-demografiche dei pazienti valutati nel corso della consulenza.

TABELLA II.

Associazioni significative tra genere e le diverse variabili. *Significant associations between gender and other demographic and clinical measures.*

	Maschi (%)	Femmine (%)	p
Stato civile			< 0,01
Single	37,7	25,5	
Vedovo	6,9	18,6	
Collocazione socio-ambientale			
Famiglia d'origine	21,2	11,9	< 0,01
Lavoro			
Occupato	35,0	23,8	< 0,01
Informazione relativa alla consulenza			
Sì	79,2	86,1	< 0,05

TABELLA III.

Associazioni significative tra i reparti richiedenti e le diverse variabili. *Significant associations between the clinical area and the other clinical, diagnostic, therapeutic and liaison parameters.*

	Area medica (M)	Area chirurgica (C)	Area specialistica (S)	p	Post-hoc test
Informazione del paziente					
Sì	37,4	8,7	27,6	< 0,05	M > C,S
Motivo richiesta				< 0,01	
Tentativo suicidio	32,9	15,7	15,7		M > C,S
Ansia	38,3	2,5	18,5		M > C,S
Depressione	46,4	11,3	29,9		M > C,S
Stato confusionale	37,5	8,3	12,5		M > C,S
Delirio/allucinazioni	36,7	3,3	16,7		M > C,S
Comportamento aggressivo	12,5	50,0	37,5		C > M,S
Richiesta del paziente	0,0	15,4	53,8		S > M,C C > M
Sintomi somatici inspiegabili	46,8	0,0	45,2		M > C,S S > C
Presenza storia psichiatrica	13,3	6,7	53,3		S > M,C
Tipo consulenza					
Programmata	53,1	7,7	34,7	< 0,01	M > C,S S > C
Diagnosi ICD-10				< 0,05	
Disturbo psichiatrico su base organica	25,5	49,0	25,5		C > M,S
Sindromi affettive	42,1	9,7	22,2		M > C,S
Sindromi nevrotiche-stress-somatoformi	29,3	6,9	31,2		S > C M > C
Interventi diagnostici					
Approfondimenti laboratoristici e strumentali (EEG, TC, RMN)	57,1	4,1	26,5	< 0,01	M > C,S S > C
Interventi di collegamento				< 0,01	
Contatto con il CSM	19,0	4,8	28,6		S > M,C
Contatto con il MMG	40,0	6,7	6,7		M > C,S
Colloqui con i medici e gli infermieri del reparto richiedente	42,7	13,3	29,0		M > C,S S > C
Programma alla dimissione				< 0,01	
Invio al MMG	51,6	8,1	27,4		M > C,S S > C
Invio al CSM di competenza	31,1	8,3	18,9		M > C,S S > C

Rispetto alle caratteristiche della consulenza: gli interventi in urgenza sono il 22,5%; il 20% dei pazienti non sa della richiesta di consulenza; la metà delle richieste proviene dall'area medica, il 12% dall'area chirurgica e il 38% dalle aree specialistiche. I motivi più frequenti sono i sintomi depressivi (18,6%), i sintomi somatici inspiegabili (12,3%), l'ansia (10%), i tentativi di suicidio (10%), l'agitazione psicomotoria (10%) e il controllo di una terapia già assunta al momento del ricovero (10%).

Rispetto alle *variabili cliniche* i risultati ci dicono che solo

il 19,9% dei pazienti è in carico ai servizi al momento dell'ospedalizzazione sebbene il 43,6% abbia un'anamnesi psichiatrica positiva ed il 58,8% faccia uso di psicofarmaci (nella quasi totalità dei casi benzodiazepine – BDZ – o antidepressivi da soli o in associazione tra loro o ad altri psicofarmaci).

Le diagnosi ICD-10 (*International Classification of Disease*) più frequenti sono rappresentate dalle sindromi nevrotiche-stress-somatoformi (29,0%), seguono le sindromi affettive (23,4%) e i disturbi mentali su base organica (11,0%). Il 15,4% dei pazienti non ha patologie

TABELLA IV.

Associazioni significative tra le principali diagnosi ICD-10 e le diverse variabili. *Significant associations between ICD-10 diagnoses and the all other demographic, diagnostic, therapeutic and liaison variables.*

	Schizofrenie (S)	Sindromi affettive (SA)	Sindromi nevrotiche (SN)	p	Test post-hoc
Stato civile				< 0,01	
Single	54,8	18,6	30,6		S > SA,SN
Collocazione socio-ambientale				< 0,01	
Famiglia d'origine	29,5	6,9	19,8		S > SA,SN
Lavoro				< 0,05	
Disoccupato	22,6	9,7	11,6		S > SA,SN
Occupato	24,1	24,1	39,3		SN > S,SA
Pensionato	20,9	42,1	30,1		SA > S,SN SN > S
Caratteristiche cliniche				< 0,01	
Durata ricovero ≤ 6 giorni	72,6	56,6	51,1		S > SA,SN
Tipo di consulenza				< 0,01	
Richiesta di consulenza urgente	71,0	35,2	31,2		S > SA,SN
Informazione del paziente				< 0,01	
No	30,6	7,6	11,0		S > SA,SN
Motivo della richiesta				< 0,01	
TS o ideazione suicidiaria	9,7	18,6	8,1		SA > S,SN
Sintomi somatici inspiegabili	0,0	6,2	15,0		SN > S,SA SA > S
Interventi di collegamento				< 0,05	
Colloquio con medici e infermieri del reparto richiedente	50,0	63,2	74,1		SN > S,SA SA > S
Programma alla dimissione				< 0,05	
Invio al CSM	71,0	34,5	17,9		S > SA,SN SA > SN
MMG	4,8	9,7	14,5		SA > S SN > S
Preso in carico	4,8	23,4	29,5		SA > S SN > S

psichiatriche. La comorbidità tra patologie organiche e psichiatriche è risultata pari al 59,3%.

Nell'81,1% dei casi il colloquio clinico è stato l'unico *intervento diagnostico*; più frequentemente (46,6%) gli *interventi di collegamento* sono rivolti a medici ed infermieri del reparto richiedente; nel 38,1% dei pazienti l'*intervento terapeutico* si avvale di colloqui di sostegno mentre nel 58,9% dei casi si somministrano psicofarmaci con una riduzione dell'uso di BDZ in monoterapia al 8% (rispetto al 18% al ricovero) ed un aumento dei neurolettici in monoterapia (13,6% rispetto al 8,2% al ricovero); il *programma alla dimissione* consiste più frequentemente nell'invio al CSM (22,9%), al proprio servizio (19,5%), al Medico di Medicina Generale (11,9%).

Associazioni tra variabili

Sono significative le associazioni tra genere e stato civile ($p < 0,01$), collocazione socio-ambientale ($p < 0,01$), situazione lavorativa ($p < 0,01$) e informazione relativa alla consulenza ($p < 0,05$). In particolare i maschi, rispetto alle femmine, sono più frequentemente single, vivono con la famiglia d'origine, hanno un lavoro e, inoltre, vengono meno frequentemente informati della consulenza (Tab. II).

Le aree richiedenti (medica, chirurgica e specialistica) correlano in maniera statisticamente significativa con l'informazione data al paziente ($p < 0,05$), con il motivo della richiesta ($p < 0,01$), con il tipo di consulenza ($p < 0,01$), con gli interventi diagnostici ($p < 0,01$), con quelli di collegamento ($p < 0,01$) ed infine con il programma alla dimissione ($p < 0,01$).

In particolare, nell'*area medica* i pazienti vengono più spesso informati della consulenza; i motivi di richiesta più frequenti sono: tentativo di suicidio, ansia, depressione, stato confusionale e sintomi somatici inspiegabili; le consulenze sono più spesso programmate. In oltre la metà dei casi vengono richiesti ulteriori accertamenti strumentali; gli interventi di collegamento principali vengono effettuati con il MMG e con il personale medico ed infermieristico del reparto. Alla dimissione il 50% dei pazienti viene reinviato al MMG ed il 33% al CSM (Tab. III).

Nell'*area chirurgica* la consulenza è motivata principalmente dal comportamento aggressivo del paziente; la diagnosi psichiatrica più comune è rappresentata dal disturbo psichiatrico su base organica (Tab. III).

Nell'*area specialistica* i motivi della consulenza dipendono dalla richiesta specifica da parte del paziente e dalla presenza di una storia psichiatrica di lunga durata; le diagnosi psichiatriche più frequentemente rappresentate sono le sindromi nevrotiche-stress-somatofomi (Tab. III).

Le principali diagnosi psichiatriche ICD-10 (schizofrenie, sindromi affettive e sindromi nevrotiche-stress-

somatofomi) si associano in maniera statisticamente significativa con lo stato civile ($p < 0,01$), la collocazione socio-ambientale ($p < 0,01$), il lavoro ($p < 0,01$), la durata del ricovero ($p < 0,01$), il tipo di consulenza ($p < 0,01$), l'informazione del paziente ($p < 0,01$), il motivo della richiesta ($p < 0,01$), gli interventi di collegamento ($p < 0,05$) ed il programma alla dimissione ($p < 0,05$).

Infatti, i pazienti affetti da *schizofrenie* sono single, vivono con la famiglia d'origine, sono disoccupati, risultano ricoverati per meno tempo, vengono valutati in urgenza, sono meno informati e alla dimissione vengono inviati al CSM (Tab. IV).

I pazienti affetti da *sindromi affettive* sono perlopiù pensionati e la richiesta di consulenza è motivata da tentato suicidio e/o ideazione suicidaria (Tab. IV).

I pazienti affetti da *sindromi nevrotiche-stress-somatofomi*, hanno un lavoro e sono valutati per la presenza di sintomi somatici inspiegabili. Il principale intervento di collegamento è la sensibilizzazione del personale del reparto (Tab. IV).

Discussione

I nostri dati socio-demografici sono in linea con la letteratura europea⁷. Inoltre, in accordo con i dati ISTAT (2008)¹⁵ relativi alla popolazione generale italiana, abbiamo registrato una prevalenza delle vedove rispetto ai vedovi e dei celibi rispetto alle nubili. Relativamente alle caratteristiche della consulenza, rileviamo che l'80% dei pazienti ha ricevuto un'adeguata informazione. Il dato, in crescita rispetto al 66% riportato nello studio di Gala (1999)⁸, è riconducibile agli effetti della campagna di sensibilizzazione sulla salute mentale come parte integrante del benessere psico-fisico (Organizzazione Mondiale della Sanità)¹⁶. La sola eccezione, confermata dal nostro studio, è rappresentata dai reparti chirurgici, dove è meno comune un approccio di tipo olistico⁴. A riprova di ciò le richieste di consulenza dall'area chirurgica sono meno rappresentate rispetto a quelle delle aree medica e specialistica.

Ulteriori fattori che influiscono sulla mancata informazione sono genere e tipologia di diagnosi:

- gli uomini sono informati meno delle donne per persistenza dell'erronea convinzione¹⁷ che abbiano meno insight oppure per caratteristiche temperamentali specifiche (aggressività)^{18 19};
- i pazienti affetti da schizofrenie sono informati in misura minore e questo a causa dello scarso insight e del comportamento talvolta bizzarro²⁰. Sono considerati persone non attendibili, non credibili e perciò non aventi diritto ad una scelta²¹.

Per quanto riguarda le diagnosi circa il 30% del nostro campione presenta sindromi nevrotiche stress-somato-

formi, il 25% sindromi affettive, il 6,5% schizofrenie e l'11% disturbi psichiatrici su base organica. Quest'ultimo valore, tendenzialmente basso, simile a quello dell'*Italian Consultation-Liaison Group*⁸ sembra indicativo della necessità di migliorare la capacità diagnostica²². L'uso di sostanze psicoattive (3,8%) è sottostimata nella nostra indagine in quanto la maggior parte dei pazienti in fase acuta afferisce al PS.

L'alta prevalenza di pazienti affetti da sindromi affettive e sindromi nevrotiche stress-somatoformi nei reparti delle aree medica e specialistica conferma sia la presenza di comorbilità psichiatrica nelle patologie internistiche²³ sia la rilevanza della compromissione somatica in questi quadri psicopatologici.

I dati relativi ad un approfondimento diagnostico con tests psicometrici e di laboratorio sono sovrapponibili ai risultati italiani⁸ ed europei⁷ mentre quelli relativi agli interventi terapeutici riportano un maggiore ricorso a provvedimenti di natura farmacologica rispetto al trend europeo (58,9 vs. 49,1%), ma comunque inferiori rispetto al tasso riportato da Gala (1999) (58,9 vs. 65,0%). Gli psicofarmaci più prescritti risultano essere gli antidepressivi e le BDZ. Questo dato è concorde al trend italiano⁸. L'uso di BDZ durante l'ospedalizzazione è più comune nella popolazione giovane adulta, mentre si riduce nel paziente geriatrico (> 60 anni) a favore dell'uso di neurolettici atipici²⁴. Per quanto concerne i provvedimenti di natura espressivo-supportiva, il nostro dato del 38% è difficile da confrontare con il resto della letteratura per l'estrema variabilità dei parametri utilizzati²⁵. Sebbene, infatti, ci siano dati di provata efficacia rispetto agli interventi supportivi personali e familiari, psicoeducazionali o psicoterapeutici focali in setting ospedalieri, è più difficile rintracciare in letteratura dati di prevalenza. Questo verosimilmente per una mancata standardizzazione rispetto all'uso di tali tecniche nella psichiatria di consultazione e liaison. Per questo Hunter et al.²⁵ propongono di sviluppare un setting multifocale per individuare quei fattori sia premorbosi sia stressanti che interferiscono con l'adattamento del paziente alla malattia e all'ospedalizzazione e che rappresenteranno il focus del trattamento. In tal modo si riduce l'arbitrarietà della scelta rispetto alle linee di intervento e si creano parametri di efficacia di più facile comparazione.

Conclusioni

La condizione di ospedalizzazione di per sé rappresenta un evento stressante in grado di destabilizzare l'equilibrio psichico dei pazienti e di condurre ad un aggravamento di coloro con comorbilità psichiatrica²⁶. Il personale medico e infermieristico privo di specifica formazione ha difficoltà a riconoscere il disagio psicologico, ritardando così la messa in atto di un intervento precoce²⁷. La presenza dei servizi di Psichiatria di Consultazione e Collegamento può

essere in grado di sensibilizzare il personale sanitario e migliorare l'individuazione delle problematiche psicologiche, con ripercussioni per la durata del ricovero e per il benessere dell'utente. Compito della Psichiatria di Liaison è quello di promuovere una cultura medica della cura, che scongiuri l'assioma del "non organico = psicologico". Spesso, infatti, l'intervento dello psichiatra ricade in una sfera di intervento multidisciplinare²⁸ e diventa garanzia di legittimazione della soggettività del malato e del senso relazionale di un vissuto non obiettivabile.

D'altra parte, pur nel rispetto della peculiarità dell'intervento sul singolo paziente, la Psichiatria di Consultazione e Collegamento necessita di strumenti di ricerca (come la scheda di rilevazione dei dati) e di interventi standardizzati, indispensabili per allargare la ricerca epidemiologica e permettere la realizzazione di studi multicentrici e di confronto²⁹.

In conclusione, resta da dire che il presente studio è stato condotto elaborando i dati provenienti da un servizio svolto tre volte a settimana con possibili bias di selezione del campione. Dal 1 agosto 2009 l'attività di consultazione e collegamento del nostro Servizio è stata estesa all'intera settimana. Per cui un confronto tra i dati futuri e quelli attuali può dimostrarsi utile nello studio di variabili capaci di condizionare la richiesta di consulenza.

Bibliografia

- 1 Creed F, Marks B. *Liaison psychiatry in general practice: a comparison of the liaison-attachment scheme and shifted outpatient clinic models*. J R Coll Gen Pract 1989;39:514-7.
- 2 Carr VJ, Donovan P. *Psychiatry in general practice. A pilot scheme using the liaison-attachment model*. Med J Aust 1992;16:379-82.
- 3 Söllner W, Stix P, Stein B, et al. *Quality criteria for psychosomatic consultation-liaison service*. Wien Med Wochenschr 2002;152:528-34.
- 4 Rigatelli M, Casolari L, Massari I, et al. *A follow-up study of psychiatric consultations in the general hospital: what happens to patients after discharge*. Psychother Psychosom 2001;70:276-82.
- 5 Porcelli P, Bellomo A, Quartesan R, et al. *Psychosocial functioning in consultation-liaison psychiatry patients: influence of psychosomatic syndromes, psychopathology and somatization*. Psychother Psychosom 2009;78:352-8.
- 6 Söllner W, Creed F; EACLPP Workgroup on Training in Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics. *European guidelines for training in consultation-liaison psychiatry and psychosomatics. Report of the EACLPP Workgroup on Training in Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics*. J Psychosom Res 2007;62:501-9.
- 7 Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, et al. *Consultation-liaison psychiatric service delivery: results from a European study*. Gen Hosp Psych 2001;23:124-32.
- 8 Gala C, Rigatelli M, de Bertolini C, et al.; the Italian C-L

- Group. *A multicenter investigation of consultation-liaison psychiatry in Italy*. Gen Hosp Psych 1999;21:310-7.
- ⁹ Fleury MJ, Mercier C, Denis JL. *Regional planning implementation and its impact on integration of a mental health care network*. Int J Health Plann Manage 2002;17:315-32.
- ¹⁰ Abidi MA, Gadit AA. *Liaison psychiatry and referral rates among hospitalized patients*. J Coll Physicians Surg Pak 2003;13:274-6.
- ¹¹ Makanyengo MA, Othieno CJ, Okech VC. *Consultation liaison psychiatry at Kenyatta National Hospital, Nairobi*. East Afr Med J 2005;82:79-84.
- ¹² Alhamad AM, Al-Sawaf MH, Osman AA, et al. *Differential aspects of consultation-liaison psychiatry in a Saudi hospital. I: referral pattern and clinical indices*. East Mediterr Health J 2006;12:316-23.
- ¹³ Kroenke K. *Psychological Medicine. Integrating psychological care into general medical practice*. BMJ 2002;29:1536-7.
- ¹⁴ Lobo A, Huyse FJ, Opmeer DC. *The ECLW collaborative study: Patient Registration Form (PRF) instrument, training and reliability*. J Psychosom Res 1996;40:143-56.
- ¹⁵ Istituto Nazionale di Statistica. *Popolazione Residente (2008)*. Consultazione online sul sito: <http://demo.istat.it>.
- ¹⁶ World Health Organization. *Mental Health (2004)*. Consultazione online sul sito: http://www.who.int/mental_health/en.
- ¹⁷ Goldberg RW, Green-Paden LD, Lehman AF, et al. *Correlates of insight in serious mental illness*. J Nerv Ment Dis 2001;189:137-45.
- ¹⁸ Gumbiner J, Flowers J. *Sex differences on the MMPI-1 and MMPI-2*. Psychological Reports 1997;81:479-82.
- ¹⁹ Speca A, Pasquini M, Picardi A, et al. *Differenze di psicopatologia di genere in una popolazione psichiatrica generale*. Ital J Psychopathol 2001;7:1.
- ²⁰ Raffard S, Bayard S, Capdevielle D, et al. *Lack of insight in schizophrenia: a review*. Encephale 2008;34:511-6.
- ²¹ Muck-Jørgensen P, Mors O, Montersen Pb, Ewald H. *The schizophrenic patient in the somatic hospital*. Acta Psychiatr Scand 2000;407:96-9.
- ²² Smith GC, Strain JJ, Hammer JS, et al. *Organic mental disorders in the consultation-liaison psychiatry setting. A multi-site study*. Psychosomatics 1997;38:363-73.
- ²³ Bellomo A, Altamura M, Ventriglio A, et al. *Psychological factors affecting medical conditions in consultation-liaison psychiatry*. Adv Psychosom Med 2007;28:127-40.
- ²⁴ Schellhorn SE, Barnhill JW, Raiteri V, et al. *A comparison of psychiatric consultation between geriatric and non-geriatric medical inpatients*. Int J Geriatr Psychiatry 2009;24:1054-61.
- ²⁵ Hunter JJ, Maunder RG, Gupta M. *Teaching Consultation-Liaison Psychotherapy: assessment of adaptation to medical and Surgical Illness*. Acad Psychiatry 2007;31:367-74.
- ²⁶ Lipowski ZJ. *Current trends in consultation-liaison psychiatry*. Can J Psychiatry 1983;28:329-38.
- ²⁷ Aguglia E, Riolo A. *Assistendo al dolore altrui*. In: *Collana editoriale di psichiatria. Quando il corpo fa male*. Pisa: Pacini Editore 2008, pp. 57-64
- ²⁸ Smith GC. *From consultation-liaison psychiatry to integrated care for multiple and complex need*. Aust N Z J Psychiatry 2009;43:1-12.
- ²⁹ Strain J, Blumenfeld M. *Challenges for Consultation-Liaison Psychiatry in the 21st century*. Psychosomatics 2008;49:93-6.