

Consulenze psichiatriche nell'Ospedale di Cremona: i dati di un triennio

Consultation psychiatry in the General Cremona Hospital: three years data

S. Tamborini, R. Poli, E. Agrimi

Azienda Ospedaliera di Cremona, Dipartimento di Salute Mentale

Summary

Objective

The aim of this study was to investigate the extent (in terms of number of contacts) and trends in psychiatric consultations at the General Cremona Hospital over three years (2007-2009), and to compare data with those of international literature.

Methods

We recorded the number of conducted consultations, divided between emergency department and hospital wards and verified the quantitative differences between the different specialist departments, grouped in medical and surgical areas. The information obtained from patients include socio-demographic data (age and sex) and psychiatric diagnoses according to the following grouping: organic mental disorders and dementia, alcoholism and drug addiction, psychosis, mood disorders, anxiety disorders, personality disorders, no psychiatric disorder. Data were statistically processed through the SPSS 12.0 for Windows software.

Results

The average annual rate of psychiatric consultation was 1.45% in 2007, 1.2% in 2008 and 1.2% in 2009.

With regard to differences by gender, there were no significant differences.

Almost seventy percent of psychiatric consultations were required by the emergency department (ED). The other requests

came from medical departments (83.5%) and from surgical wards (16.5%).

Regarding individual departments, we observed a very low percentage of requests from the Gynecology and Obstetrics Division, that was about one third compared to other surgical wards. The same numerical proportion within medical areas was observed for the Oncology Unit in relation to other departments in the medical area.

With regard to psychiatric diagnoses, the most common in all departments were mood disorders. Among the ED and wards we observed the following differences: greater representation of psychosis in ED compared to organic mental disorders and greater occurrence of anxiety disorders in ED.

Conclusions

The average annual rate of psychiatric consultations conducted over three years in the Cremona Hospital was 1.28%, shortly lower than that reported in the literature. With regard to diagnoses the most frequent were mood disorders followed by anxiety disorders, personality disorders, organic mental disorders and dementia, schizophrenia and psychotic disorders, alcoholism and addictive disorders.

Key words

Consultation psychiatry • Liaison psychiatry • General Hospital • Medical wards • Emergency Department

Introduzione

La psichiatria di consultazione è stata definita come "una subspecializzazione della psichiatria che ha come oggetto di interesse la diagnosi, il trattamento, lo studio, la prevenzione della morbilità psichiatrica nei soggetti affetti da patologia organica e in coloro che somatizzano"¹.

In Italia la psichiatria di consultazione si è diffusa con un certo ritardo rispetto ad altri Paesi, quali gli Stati Uniti, la Gran Bretagna e l'Olanda^{2,3}, dove la Psichiatria era già da tempo entrata negli Ospedali generali. Questo passaggio in Italia è avvenuto solo con l'emanazione della Legge 180/78 e poi della 833/78, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale. L'inserimento dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura all'interno degli Ospedali generali ha infatti

consentito un avvicinamento della Psichiatria alle altre specialità mediche. La presenza dello specialista psichiatra in Ospedale ha così favorito l'attenzione dei clinici sulla presenza di sintomi psichici nel corso di malattie somatiche, ha riattualizzato il vasto campo dei disturbi psicosomatici e ha contribuito a rimettere al centro della medicina non la lesione anatomo-patologica ma il malato nella sua complessità biologica, psicologica e sociale e nella sua relazione con il medico⁴.

Una revisione della letteratura internazionale⁵ sui dati di prevalenza della comorbilità psichiatrica in patologie organiche ha messo in evidenza una forbice molto ampia: infatti tra i ricoverati in ospedale la percentuale oscilla, a seconda degli studi e delle metodologie d'indagine, dal 23 al 61%⁶. I disturbi psichiatrici più frequentemente ri-

Correspondence

Roberto Poli, Azienda Ospedaliera di Cremona Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Largo Priori 1, 0372 Cremona, Italia • Tel. +39 0372 405660
• E-mail: r.poli2@ospedale.cremona.it

scontrati in ordine di importanza e spesso associati tra loro, sono i disturbi affettivi (dal 20 al 45%), i disturbi cognitivi e mentali organici (dal 4 al 28%), i disturbi d'ansia (dal 10 al 15%), quelli di personalità (dal 2 al 15%) e i somatoformi (dal 5 al 10%). La comorbilità psichiatrica è risultata particolarmente elevata in alcuni tipi di patologie, sia di tipo acuto (infarto miocardico, ictus) che di tipo cronico (asma, cefalea, lombalgia, neoplasia, sclerosi multipla, AIDS)⁷.

Nell'ambito di questi studi sono emersi anche i seguenti dati di particolare interesse:

- i pazienti ricoverati nei reparti di Medicina ricevono un numero di consulenze psichiatriche, sia prima che dopo il ricovero, maggiore rispetto alla popolazione generale⁸;
- pazienti con precedenti trattamenti psichiatrici hanno una degenza media più lunga nei diversi reparti dell'ospedale⁹;
- la metà dei pazienti che ha un alto utilizzo dei servizi sanitari presenta disturbi psichiatrici¹⁰;
- un quarto di tutti i nuovi pazienti che afferiscono a un servizio psichiatrico proviene dall'ospedale generale¹¹.

In merito alla quantificazione delle consulenze psichiatriche in Ospedale generale gli studi condotti in Europa dall'*European Consultation-Liaison Workgroup* (ECLW) indicano un tasso medio pari all'1,4%¹². I pochi studi italiani pubblicati hanno ottenuto riscontri sostanzialmente sovrapponibili¹³: la percentuale di consulenze psichiatriche richieste sul totale di ospedalizzazioni è compresa tra lo 0,1 e il 2%. Nella maggior parte degli studi le donne ricevono interventi di consulenza in misura maggiore degli uomini, così come i soggetti anziani rispetto ai giovani. Per quanto riguarda i reparti di provenienza mediamente il 74% delle richieste giunge dalla medicina, il 20% dalla chirurgia e la quota restante dalle altre specialità¹⁴.

Obiettivi del nostro studio sono stati quelli di rilevare, analizzare e confrontare con quanto riportato in letteratura, i dati relativi alle consulenze psichiatriche effettuate nell'Ospedale di Cremona nell'arco temporale di tre anni. L'ospedale di Cremona dispone di 591 posti letto e di un Pronto Soccorso con un'attività di 480704 consulenze all'anno (2009). Sono stati inoltre analizzati i dati in relazione al genere e all'età dei pazienti, alla diagnosi psichiatrica formulata e ai reparti di provenienza delle richieste di consulenza.

Materiali e metodi

Sono stati raccolti i dati relativi alle consulenze effettuate in pronto soccorso e quelle nei diversi reparti ospedalieri. I dati sono stati raccolti nell'arco di tre anni consecutivi, e precisamente dal 1/1/2007 al 31/12/2009. Le informazioni acquisite attraverso un software per il pronto soccorso e attraverso una registrazione cartacea per i reparti, comprendono: i dati sociodemografici dei pazienti, i reparti presso i quali è stata effettuata la consulenza e le diagnosi psichiatriche effettuate secondo i criteri dell'ICD9 e raggruppate in 8 categorie come segue: disturbi mentali organici e demenze, alcolismo e tossicodipendenze, schizofrenia, disturbi affettivi, nevrosi, disturbi di personalità, altro disturbo psichiatrico, non disturbo psichiatrico. I dati raccolti sono stati elaborati con metodiche di statistica descrittiva utilizzando il software SPSS 12.0 per Windows.

Risultati

Il tasso medio annuo di consulenze psichiatriche calcolato sul numero di ricoveri nell'Ospedale di Cremona nei tre anni considerati è pari a 1,45% nel 2007, a 1,2% nel 2008 e a 1,2% nel 2009, con una media sui tre anni pari a 1,28%.

La maggioranza delle consulenze viene effettuata nel Pronto Soccorso, e precisamente il 69,8%, il 75,3% e il 74,5% nei tre anni. Le consulenze effettuate nei reparti provengono prevalentemente dai reparti di Medicina (Tab. I), superiori, di circa il triplo, rispetto alle consulenze richieste nei reparti chirurgici. Tuttavia nei reparti internistici nel corso dei tre anni c'è stata una progressiva riduzione di richieste a fronte di un trend di costante aumento nei reparti chirurgici. Analizzando i dati per singoli reparti emerge che nell'ambito dei reparti chirurgici vi è una bassa richiesta da parte della Divisione di Ostetricia, di circa 1/3 inferiore rispetto agli altri reparti chirurgici. Del tutto analogo il dato relativo all'Oncologia nell'ambito dei reparti internistici, ma questa dispone di Psicologi dedicati all'assistenza dei malati oncologici che manifestano sintomi di sofferenza psichica. In relazione alle variabili socio-demografiche è emerso un rapporto femmine/maschi pari a 1,2 nella media dei tre anni, con alcuni scostamenti anche in relazione alla provenienza dal Pronto Soccorso (PS) o dai reparti di degenza (Fig. 1).

TABELLA I.

Consulenze psichiatriche nei reparti internistici e chirurgici. *Psychiatric consultations in internal medicine and surgical wards*

	2007	2008	2009
Reparti internistici	83,5%	81%	79,4%
Reparti chirurgici	16,5%	19%	20,6%

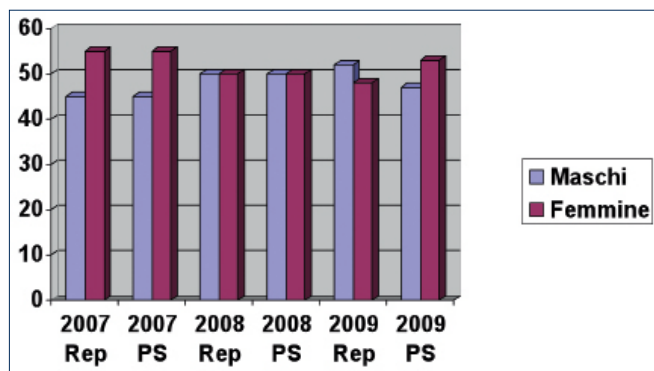


FIGURA 1.

Distribuzione delle consulenze in base al genere. *Distribution of consultations according to gender.*

Rispetto all'età dei pazienti valutati, la media è risultata significativamente più bassa ($p < 0,01$) nella popolazione femminile (48 anni) rispetto a quella maschile (59 anni). Si è registrata una forte differenza tra l'età media dei pazienti valutati nei reparti (59,3 anni) che ha mantenuto un andamento costante nei tre anni e l'età media dei pazienti del PS (45,6 anni) con una tendenza all'aumento che sembra seguire il trend demografico.

In merito alle diagnosi quasi il 40% dei casi ha ricevuto una diagnosi di depressione. Dopo i disturbi dell'umore le diagnosi rilevate con maggiore frequenza sono state: disturbi d'ansia, meno frequenti le altre diagnosi: disturbi di personalità, disturbi mentali organici e demenze, schizofrenia e disturbi psicotici, alcoolismo e tossicodipendenze.

Discussione

I dati complessivi delle consulenze psichiatriche effettuate nell'Ospedale di Cremona, pari all'1,28%, sono lievemente inferiori a quanto emerso dagli studi condotti in Europa dall'*European Consultation-Liaison Workgroup* (ECLW) che indicano un tasso medio di consulenze psichiatriche effettuate nell'Ospedale Generale dell'1,4%¹¹. Questo lieve scostamento potrebbe essere correlato al ritardo con il quale la psichiatria è entrata in Italia negli ospedali generali, allargando i propri interessi rispetto al campo delle psicosi che avevano caratterizzato la psichiatria manicomiale, ma anche quella territoriale, agli esordi¹⁵. A ciò va aggiunto quel pregiudizio che fino ai nostri giorni ha reso difficile alla nostra disciplina l'inserimento a pari titolo fra le specialità mediche e di cui ancora dobbiamo tener conto in una realtà di provincia quale è quella cremonese.

I dati relativi al genere si avvicinano invece a quelli riportati dalla letteratura nazionale e internazionale dove il rapporto femmine-maschi è di 1,5:1¹⁶

Relativamente all'età i nostri dati si discostano da quelli riportati in letteratura che vedono l'età media leggermente più alta nelle pazienti donne rispetto a quella degli uomini¹⁷.

Esaminando i dati relativi alla provenienza delle richieste osserviamo, in analogia a quanto emerge in letteratura¹⁸, che la grande maggioranza dei pazienti indirizzati alla consulenza psichiatrica proviene dai reparti di medicina (fino al 74%): lo studio ECLW ha calcolato un tasso del 55,2%, contro il 17,9% di pazienti inviati dai reparti di chirurgia¹⁹. Anche altri studi italiani hanno ottenuto riscontri sostanzialmente sovrapponibili: i reparti di Medicina risultarono i maggiori utilizzatori del Servizio (66,3-71,5%)²⁰.

Ciò può essere spiegato da un lato con il fatto che i principali quadri di comorbidità medico-psichiatrica sono in genere legati a patologie internistiche²¹ e dall'altro che il medico internista in genere effettua una valutazione più globale del suo paziente, consapevole dell'azione patogena dei fattori ambientali e psicosociali²².

Le diagnosi psichiatriche più frequenti in ospedale sono i disturbi dell'umore e i disturbi d'ansia analogamente a quanto avviene nella medicina generale²³. Tra i disturbi dell'umore frequenti sono la distimia e la depressione reattiva²⁴, che si collocano come complessa relazione tra sofferenza psichica e patologia medica. Tra i disturbi d'ansia troviamo tutte le sindromi somatoformi e sintomi aspecifici non obiettabili con le varie tecniche diagnostiche (*medically unexplained symptoms*, MUS).

Il frequente riscontro di sindromi psico-organiche si correla con l'aumento dell'età della popolazione ospedalizzata²⁵ e con il fatto che proprio l'ospedalizzazione è un importante fattore di rischio di delirium, di disturbi comportamentali e di disorientamento spazio temporale nei pazienti affetti da demenze degenerative o vascolari²⁶.

Una valutazione qualitativa delle consulenze non può che partire dalla constatazione che in ospedale non sempre la richiesta di consulenza psichiatrica è motivata dall'esigenza di comprendere i vissuti psicopatologici del paziente non altrimenti evidenziabili, spesso ci si aspetta dallo psichiatra l'interpretazione del sintomo somatico quando tutte le altre indagini effettuate risultano negative. Nello specifico di fronte a pazienti affetti da patologie somatiche gravi a volte lo psichiatra viene chiamato a gestire reazioni di disadattamento alla malattia. Queste sono per lo più legate alla difficoltà del paziente di elaborare i vissuti cognitivi ed emotivi che l'impatto con "la malattia" inevitabilmente comporta, e dall'altro dalla capacità di mantenere una ragionevole progettazione per la vita futura²⁷. Ma anche all'azione di delega del medico internista del suo ruolo terapeutico che comporta il "prendersi cura" della persona ammalata oltre che della sua malattia²⁸. Delega che se non opportunamente elaborata e compresa può portare al fallimento della relazione terapeutica e al conseguente rischio che il paziente

si “arrocchi” sul sintomo, quale unica possibilità comunicativa della propria sofferenza.

Spesso questa reazione di tipo depressivo non è da intendersi come un quadro patologico aggiuntivo, ma come uno stato mentale che ha a che fare con il confrontarsi con il cambiamento e con le difficoltà che questo comporta.

Il consulente psichiatra viene interpellato come specialista della relazione²⁹ e mediatore di conflitti³⁰ e viene interpellato per problematiche complesse, in cui si intrecciano psicopatologia, bisogni socioassistenziali, difficoltà familiari³¹.

Altra problematica è quella dell’approccio psichiatrico transculturale: si riscontrano difficoltà di comprensione linguistica, inferenza del mediatore culturale, non conoscenza di modelli culturali di appartenenza che condizionano i contenuti ideativi e le scelte comportamentali. Lo psichiatra in pronto soccorso è consulente di secondo livello e risponde alla richiesta di consulenza espressa dal collega. Spesso l’intervento in urgenza dello psichiatra viene sollecitato dai familiari, dalle forze dell’ordine o dai vicini, anche quando la situazione clinica psicopatologica non è così critica.

Lo psichiatra ancora è chiamato a intervenire nella gestione dei comportamenti problematici quali la tendenza alla fuga in pazienti anziani dementi o affetti da delirium. In alcuni casi viene richiesto il trasferimento di tali pazienti presso l’SPDC nell’intento di offrire un ambiente a più alto livello di protezione. In realtà l’esperienza clinica ci porta a ritenere inidonea la collocazione in SPDC di pazienti dementi, in quanto il contatto con pazienti psichiatrici in fase acuta finisce per peggiorare il disorientamento spazio temporale e i disturbi cognitivi in genere. Un’altra situazione frequente e parzialmente impropria è la richiesta di una predizione del rischio suicidiario o, di più, una assunzione di responsabilità da parte dello psichiatra rispetto alla permanenza di un paziente in un reparto ospedaliero non protetto.

Conclusioni

I dati emersi e l’esperienza clinica portano alla conclusione che le richieste di consulenze sono da un lato inferiori alle esigenze dei pazienti e dall’altro talora poco appropriate.

Risulta evidente che i tassi rilevati non rispondono alle necessità dei pazienti ricoverati né agli obiettivi del servizio di psichiatria di consultazione che sono quelli di ridurre il numero delle indagini attuate per quei sintomi fisici che in realtà derivano da una sofferenza psichica sottostante e di ridurre la durata della degenza, di alleviare la sofferenza di alcuni pazienti con gravi malattie organiche, di ridurre il rischio di suicidio e anche di aiutare gli operatori a individuare i pazienti che necessitano di assistenza psicologica e psichiatrica.

In conclusione, appare necessario allargare la ricerca epidemiologica nell’ambito della Psichiatria di Consultazione, promuovendo studi multicentrici con strumenti standardizzati.

Bibliografia

- Lipowski ZJ. *Consultation-liaison psychiatry at century’s end*. *Psychosomatics* 1992;128-33.
- Asioli F. *Medicina Generale e Psichiatria*. *Psichiatria di Comunità* 2008;VII:196-9.
- Strain J, Blumenfield M. *Challenges for consultation-liaison psychiatry in the 21st century*. *Psychosomatics* 2008;49:93-6.
- Invernizzi G, Gala C, Bressi C. *La psichiatria di consultazione*. In: Invernizzi G, Gala C, Bressi C, editors. *La psichiatria di consultazione nell’Ospedale generale*. Milano: CIC Edizioni Internazionali 1997, pp. 5-24.
- Fulcheri M, Bellino S, Zizza M, et al. *La psichiatria di consultazione e collegamento: modelli e dati della letteratura*. *Riv Psichiatr* 2001;36:258-71.
- Schwartz CE, Steinmuller RI, Dubler N. *The medical psychiatrist as physician for the chronically mental ill*, *Gen Hosp Psychiatry* 1998;20:52-61.
- Mayou R, Huyse F. *The European Consultation Liaison Psychiatry in Western Europe*. *Gen Hosp Psychiatry* 1991;13:188-208.
- Invernizzi G, Rigatelli M, Bressi C. *Manuale di psichiatria di consultazione*, Milano: McGraw-Hill 2002.
- Rigatelli M, Ferrari S. *La psichiatria di consultazione e collegamento*. In: Pancheri P, Cassano GB, editors. *Trattato Italiano di Psichiatria*. II ed. Milano: McGraw-Hill 2002.
- de Jonge P, Huyse FJ, Slaets JP, et al. *Care complexity in the general hospital. Result from an European study*. *Psychosomatics*, 2001;42:204-12.
- Rigatelli M, Casolari L, Massari I, et al. *A follow-up study of psychiatric consultations in the general hospital: what happens to patients after general hospital discharge*. *Psychother Psychosom* 2001;70:276-82.
- Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, et al., *European Consultation-Liaison Psychiatric Services: the ECLW collaborative study*. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101:360-6.
- Piselli M, De Giorgio G, Santilli C, et al. *La psichiatria di consultazione e collegamento nell’ospedale generale: l’esperienza perugina*. *Giorn Ital Psicopat* 2011;17:31-9.
- Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, et al. *Consultation-Liaison Psychiatric Service delivery: results from an European Study*. *Gen Hosp Psychiatry* 2001;23:124-32.
- Cazzullo CL, Comazzi AM, Guaraldi GGP, et al. *General hospital psychiatry in Italy: on the hospitalisation of psychiatric patients and consultation-liaison psychiatry after law 180*. *Gen Hosp Psychiatry* 1984;6:261-5.
- Swenson Jr, Abbey S, Steward D. *Consultation-Liaison Psychiatry as a subspecialty. A Canadian survey*. *Gen Hosp Psychiatry* 1993;15:386-91.

- ¹⁷ Katon W, Von Korff M, Lin E, et al. *A randomized trial of psychiatric consultation with distressed high utilizers*. Gen Hosp Psychiatry 1992;14:86-98.
- ¹⁸ Cascio B, Fera T, Brignolo A, et al. *La psichiatria di consultazione liaison: esperienza di un servizio attivo presso l'Ospedale maggiore San Giovanni Battista di Torino*. Riv Psichiatr 2001;36:323-9.
- ¹⁹ Mayou RA, Seagroant V, Goldacre M. *The use of psychiatric services by patients in a general hospital*. Br Med J 1991;303:1029-32.
- ²⁰ Rigatelli M, Ferrari S, Uguzzoni U, et al. *Teaching and training in the psychiatric-psychosomatic consultation-liaison setting*. Psychother Psychosom 2000;69:219-26.
- ²¹ Fink P. *The use of hospitalisation by persistent somatizing patients*. Psychol. Med 1992;22:173-80.
- ²² Kornfeld DS. *Consultation-liaison psychiatry: contributions to medical practice*. Am J Psychiatry 2002;159:1964-72.
- ²³ Menchetti M, Tarricone I, Bortolotti B, et al. *Integration between general practice and mental health service in Italy: guidelines for consultation-liaison services implementation*. Int J Integr Care 2006;6:e05.
- ²⁴ Mayou RA, Seagroant V, Goldacre M. *The use of psychiatric services by patients in a general hospital*. BMJ 1991;303:1029-32.
- ²⁵ Smith GC, Stain JJ, Hammer JS, et al. *Organic mental disorders in the consultation-liaison psychiatry setting. A multi-site study*. Psychosomatics 1997;38:363-73.
- ²⁶ Schellorn 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.
- ²⁷ Gater R, Goldberg D. *Pathway to psychiatric care in South Manchester*, Br J Psychiatry 1991;159:90-6.
- ²⁸ Rabkin MT. *The many domains of humanism in the care of patients*. Pharos Alpha Omega Alpha Honor Med Soc 2001;64:4-10.
- ²⁹ Torre E. *Le relazioni d'aiuto. Il coraggio dell'incontro nella relazione medico-paziente*. Psichiatria di Consultazione 2003;4:46-53.
- ³⁰ Bellomo A, Altamura M, Ventriglio A, et al. *Psychological factors affecting medical conditions in consultation-liaison psychiatry*. Adv Psychosom Med 2007;28:127-40.
- ³¹ Brignolo A, Lerda S, Villari V, et al. *Gli svantaggi della psichiatria di liaison: quali i possibili rimedi?* Riv Psichiatr 2007;42:108-112.