



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**  
*Scuola di Medicina e Chirurgia*  
*Dipartimento di Medicina*  
**Corso di Laurea in Infermieristica**

**LA GESTIONE TERRITORIALE DELLE EMERGENZE  
PSICHIATRICHE: CONFRONTO TRA MODELLI**

Relatore: Prof. Liziero Luciano

Laureando: Parisato Giada  
(matricola n.: 1231400)

Anno Accademico 2022-2023



## ABSTRACT

**Argomento:** La preoccupazione per l'alto numero di ricoveri e la sempre maggiore attenzione alla persona nel complesso (paradigma biopsicosociale) hanno portato a cercare di ridurre le ospedalizzazioni in quantità e durata: diverse strutture residenziali e semiresidenziali e team territoriali e domiciliari si sono sviluppati per le fasi subacuta, post-acuta, riabilitativa. È necessario compiere ancora un ulteriore step per aumentare l'offerta di servizi territoriali nella specifica fase acuta. Con questo lavoro di tesi, si intende dunque ricercare quali servizi territoriali esistono e valutare la situazione in Italia, oltre a indagare quali strumenti di valutazione esistono idonei ad accertare in tale contesto le componenti socio-familiari che possono influenzare lo stato di salute mentale dell'utente.

**Metodologia:** sono stati ricercati principalmente articoli su pubmed (termini mesh quando esistenti) e google scholar e documenti istituzionali direttamente nei portali di riferimento o da google o dalle referenze degli articoli.

**Risultati:** sono state selezionate 4 fonti sugli strumenti di valutazione e 14 fonti sui servizi territoriali alternativi all'ospedale (totale 18), suddivise in 7 articoli scientifici, 6 documenti nazionali o europei e 1 intervento a un congresso veneto. Dai dati emersi, risulta che sono stati implementati negli ultimi decenni soprattutto team di risoluzione delle crisi a domicilio (uno anche a Trieste), con il supporto di Case di Crisi e Day Hospital per acuti in casi particolari. L'implementazione è variabile nei vari Paesi o regioni di Paesi, visto che le stesse linee-guida sottolineano come il modello generale consigliato debba essere poi adattato al contesto reale: tutte le fonti attestano una riduzione di numero e durata dei ricoveri e di costi per il SSN, una maggiore soddisfazione di utenti e famiglia e spesso miglioramenti funzionali o clinici, anche nei team che non riescono a rispettare gli standard consigliati. Infine, esistono varie scale di valutazione mirate a valutare il contesto socio-familiare e l'ambiente di vita dell'utente, per le quali il domicilio potrebbe essere il miglior luogo di utilizzo.

**Conclusioni:** Dalla ricerca, i team di risoluzione delle crisi - insieme a Case di Crisi e DH per acuti - sembrano essere una valida alternativa all'ospedalizzazione. Le scale di valutazione più adatte potrebbero essere quelle che indagano nello specifico le Emozioni Espresse. In Italia esistono equipe che intervengono in acuto a domicilio, ma non così strutturate.

**Parole-chiave:** salute mentale, gestione emergenze, extraospedaliero, domiciliare.



# INDICE

<b>INTRODUZIONE</b> .....	3
<b>CAPITOLO 1 I SERVIZI DI SALUTE MENTALE</b> .....	5
<b>1.1. Storia del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) in Italia</b> .....	5
<b>1.2. Organizzazione del DSM in Italia</b> .....	6
1.2.1. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC).....	7
1.2.2. Centro di Salute Mentale (CSM) .....	7
1.2.3. Strutture Residenziali.....	8
1.2.4. Strutture Semiresidenziali .....	10
<b>1.4. Le emergenze in psichiatria</b> .....	12
<b>1.5. La situazione internazionale</b> .....	15
<b>CAPITOLO 2 MATERIALI E METODI</b> .....	17
<b>2.1 Obiettivo</b> .....	17
<b>2.2 Quesito di ricerca e metodo P.I.O.</b> .....	17
<b>2.3. Strategie di ricerca</b> .....	17
<b>2.4. Presentazione delle fonti selezionate</b> .....	18
2.4.1. Caratteristiche fonti istituzionali.....	18
2.4.2. Caratteristiche articoli scientifici.....	20
2.4.3. L'intervento al Congresso .....	21
2.4.4. Caratteristiche fonti sugli strumenti di valutazione.....	21
<b>CAPITOLO 3. RISULTATI DELLA RICERCA</b> .....	23
<b>3.1. Risultati sui servizi territoriali per le emergenze psichiatriche</b> .....	23
3.1.1. I Day Hospital per acuti .....	24
3.1.2. Le Case di Crisi .....	25
3.1.3. Team di trattamento a domicilio.....	26
<b>3.2. Risultati sui team a domicilio di risoluzione delle crisi</b> .....	28
3.2.1. Caratteristiche di servizio ed equipe.....	28
3.2.2. Modalità di invio e criteri di inclusione/esclusione.....	31
3.2.3 Valutazione approfondita degli utenti.....	32
3.2.4 Interventi e dimissione dal servizio.....	33
<b>3.3. Risultati sugli strumenti di valutazione</b> .....	40
<b>CAPITOLO 4. DISCUSSIONE E CONCLUSIONE</b> .....	47
<b>4.1. Discussione delle evidenze dalle fonti incluse</b> .....	47
<b>4.2. Conclusione</b> .....	51
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	53
<b>ALLEGATI</b> .....	61



## INTRODUZIONE

Verso la metà del secolo scorso, movimenti di deistituzionalizzazione hanno portato alla progressiva chiusura dei manicomi e alla creazione di servizi territoriali e piccoli reparti in ospedali generali a scopo terapeutico e non più contenitivo; successivamente anche gli ospedali psichiatrici giudiziari sono stati convertiti in REMS. L'obiettivo dei servizi di salute mentale è quello di fare in modo che l'utente resti il più possibile nei suoi ambienti di vita o inserito nella società, quindi si limita l'utilizzo del reparto ospedaliero ai soli casi acuti, sviluppando servizi e interventi nelle altre fasi: centri di salute mentale, strutture residenziali riabilitative di vario livello, centri diurni socio-riabilitativi, team di intervento precoce e team assertivi a domicilio. Questa tesi ricerca nella letteratura l'esistenza di servizi di gestione territoriale anche nella fase acuta, come possibili alternative all'ospedalizzazione. La scelta su questo argomento è nata da un personale interesse per il contesto familiare e da incontri con esperti del CSM di Padova riguardo temi di loro interesse: l'iniziale ricerca sulla valutazione dell'ambiente in relazione all'aggravarsi del disturbo mentale ha portato alla mia attenzione i servizi territoriali per la gestione delle emergenze psichiatriche, portando al quesito principale sulle alternative all'ospedalizzazione in acuto e a un quesito secondario sugli strumenti di valutazione del contesto di possibile utilizzo in tali servizi.

La struttura di questo lavoro di tesi è la seguente:

- capitolo 1: breve descrizione della storia del dipartimento di salute mentale in Italia e della sua organizzazione nei diversi servizi, generale panoramica della presa in carico del CSM e delle emergenze in psichiatria, breve panoramica sulla situazione internazionale dei servizi;
- capitolo 2: descrizione dei metodi di ricerca (quesiti, banche-dati, stringhe di ricerca, criteri di inclusione ed esclusione delle fonti), descrizione delle 18 fonti incluse;
- capitolo 3: presentazione dei risultati, iniziando dai tre servizi emersi, passando per le caratteristiche del servizio maggiormente implementato e strutturato tra i tre (personale, fasi, risultati ottenuti) e concludendo con una parte minore sugli strumenti di valutazione adatti trovati dal secondo quesito;
- capitolo 4: discussione dei risultati delle fonti, analizzando le eventuali differenze tra modelli consigliati dalle linee-guida e modelli implementati nella realtà e la situazione in Italia e in Veneto. Conclusioni finali.





# CAPITOLO 1

## I SERVIZI DI SALUTE MENTALE

### **1.1. Storia del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) in Italia**

L'organizzazione dipartimentale della salute mentale è frutto della volontà di chiudere i manicomi e adottare un approccio più territoriale, spostando l'obiettivo dei servizi dalla difesa sociale alla prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali.

Per molti anni, infatti, a regolamentare la gestione dei malati mentali è stata la legge 36 del 1904, che prevedeva ricoveri in manicomio con Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), richiesti da parenti, tutori o chiunque nella società per i soggetti considerati pericolosi, con l'obiettivo di difesa sociale. Erano quindi esclusi tutti quei malati che non erano pericolosi, a cui così non veniva data attenzione aumentando il rischio di cronicizzazione (Burti, L., 2001). Con la legge 431 del 1968 (Legge Mariotti) c'è stato un primo tentativo - non applicato nazionalmente - di aumentare il personale medico specialistico, accettare anche ricoveri volontari per questi pazienti, revocare i ricoveri dal casellario giudiziario, aprire servizi di igiene mentale comunitari e limitare così i pregiudizi su tale malattia. Il vero inizio della riforma psichiatrica si deve soprattutto all'opera di Franco Basaglia, detenuto nel 1944 nel manicomio di Venezia perché considerato nemico del fascismo (Castelletti, L., et al., 2017): già nel 1961 rilevò e trasformò il manicomio di Gorizia con l'apertura dei reparti, la possibilità di muoversi per i pazienti e un programma di dimissione, divenendo il modello della riforma psichiatrica del 1978 e del sistema di salute mentale della comunità (Burti, L., 2001). Grazie anche a comprensione psicodinamica e psicobiologica (avvento psicofarmaci), le Leggi 180 del 13 maggio 1978 (Legge Basaglia) e 833 del 23 dicembre 1978 (Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale SSN) hanno sancito giuridicamente i cambiamenti nell'approccio alla salute mentale, che iniziava così a mirare alla recuperabilità sociale cercando di chiudere i manicomi (cronicizzanti di natura) e di "eliminare" il concetto di pericolosità sociale, a favore rispettivamente della riabilitazione all'interno di un modello assistenziale territoriale e del concetto di "bisogno di cure" considerando anche i diritti del paziente (Biscaglia, L., et al., 2008; Ministero della Salute, 2006b).

A livello nazionale, però, per molti anni c'è stata una carente azione organizzativa, con passaggio da manicomi ad ospedali psichiatrici (comuni e, per i già autori di reato, giudiziari),

che però nella pratica non si discostavano dai manicomi come avrebbero dovuto (Castelletti, L., et al., 2017; Melani, G., 2014). Tra i motivi si possono elencare la concomitante carenza di attuazione del SSN (Ministero della Salute, 2006b) e il fatto che la legge presentava principi generali e linee-guida piuttosto che norme dettagliate e budget (Biscaglia, L., et al., 2008).

Proprio per riconoscere il percorso della riforma e superare la disomogeneità regionale, durante gli anni sono stati emanati vari documenti, soprattutto dal Ministero della Salute. Da metà anni '90 ad oggi, tutto ciò ha portato all' istituzione del DSM per coordinare i vari servizi e strutture di un territorio, compresi il collegamento con i servizi "di confine" e il coinvolgimento della famiglia e della popolazione sana per ridurre lo stigma, e alla creazione di un Tavolo tecnico (che presenta i report di monitoraggio del Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale PANSM del 2013) e di un sistema elettronico per condividere le informazioni sui pazienti tra le varie aziende e monitorare interventi, utenza e risorse. (Ministero della Salute, 1999; Ministero della Salute 2006a "cap. 5.4"; Ministero della Salute, 2006b; Ministero della salute & Gruppo Tecnico Interregionale Salute Mentale [GISM], 2013).

A ribadire l'importanza, ci sono stati ripetuti interventi legislativi e sanzioni alle regioni per la lentezza con cui attuavano il cambiamento di visione da ospedalocentrica a territoriale. Infatti, mentre il superamento degli ospedali psichiatrici comuni era già avvenuto, la chiusura definitiva degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) è stata sancita più fermamente solo di recente dal Decreto-legge 52 del 31 marzo 2014 (convertito in Legge 81 il 30 maggio), che ha delineato il percorso per eliminare gli OPG, da sostituire con molte Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) caratterizzate da pochi posti letto e gestione sanitaria con attività perimetrale di sicurezza e vigilanza esterna (un DPCM del 2008 aveva inserito i servizi psichiatrici forensi all'interno del SSN). La chiusura di tutti i 6 OPG nazionali, grazie anche all'intervento del Commissario Unico, è terminata nel febbraio 2017 con la struttura di Mantova (che si era già allontanata dalla realtà manicomiale per avvicinarsi maggiormente ai valori post-riforma). (Burti, L., 2001; Castelletti, L., et al., 2017).

## **1.2. Organizzazione del DSM in Italia**

Il DSM è definito come «un'organizzazione complessa fatta di servizi, professionalità e risorse diversi allo scopo di fornire risposte ai molteplici bisogni delle persone affette da disagio/disturbo psichico. Si compone principalmente di SPDC, CSM, STRUTTURE

RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI». Si occupa di: tutela e promozione della salute mentale; prevenzione dei disturbi e della stigmatizzazione; diagnosi, cura e riabilitazione.

Quarant'anni di storia hanno portato ad avere ai giorni nostri 140 DSM nel territorio nazionale, circa uno per ogni Azienda sanitaria. Si differenziano tra loro per estensione della popolazione trattata, strutture, aggregazione di unità operative, integrazione con le Università, finanziamento, culture professionali. A ribadire l'importanza di lavorare sulla rete sociale, gli indicatori di appropriatezza e qualità dei DSM sono: integrazione tra strutture e con i servizi sociali e di comunità; risorse finanziarie e risorse umane (almeno un operatore ogni 1500 abitanti); percorsi per popolazioni particolari; coinvolgimento attivo di pazienti e familiari; innovazione psicosociale; valutazione degli esiti.

(Ministero della Salute, 2021)

### **1.2.1. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)**

È il luogo ospedaliero dove si effettuano i ricoveri volontari e obbligatori. Non si possono superare i 16 posti letto a reparto, il rapporto operatore-paziente dovrebbe essere 1:2/3 e quello posti letto-abitanti 1:10000: i pazienti ricoverati dovrebbero essere solo quei pazienti che non hanno alternative al ricovero (Ministero della Salute, 1999). È importante, infatti, evitare l'effetto della porta girevole, ovvero quando il paziente torna spesso perché lo vive come soluzione ai problemi e luogo di riferimento, aumentando il rischio di "dipendenza" e ritardo nel recupero; anche economicamente è vantaggioso spostarsi dall'ospedale ai servizi di comunità perché portano più qualità di vita e più aiuto nell'aumentare la capacità di funzionamento di un individuo (Beecham, J., et al., 2010). L'SPDC, dunque, è luogo di cura, fornisce un inquadramento diagnostico, imposta la terapia e formula un primo progetto di presa in carico, occupandosi di prevenzione secondaria. Dai dati del Tavolo Tecnico, c'è un calo progressivo dei ricoveri e dei TSO grazie allo sviluppo del sistema residenziale e delle REMS, ma preoccupano ancora le riammissioni non programmate, i TSO ripetuti e l'aumento degli accessi al PS per motivi psichiatrici.

Un altro servizio afferente all'area delle degenze e che si occupa di prevenzione secondaria è il Day Hospital (DH), con attività solo in fascia diurna (servizio semiresidenziale).

### **1.2.2. Centro di Salute Mentale (CSM)**

È la regia del DSM perché ha in sé la visione totale dei pazienti sia a domicilio, sia ricoverati, sia in riabilitazione, essendo la presa in carico generale di responsabilità del CSM anche quando

il paziente transita in diversi luoghi di cura (il CSM si interfaccia con essi e il domicilio, in ogni fase di salute o malattia).

È il luogo in cui: si stabiliscono e si mettono in atto i progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati (PTI); si offrono risposte ambulatoriali specialistiche anche in emergenza (è infatti aperto almeno 12h al giorno per 6 giorni a settimana); si attuano consulenze e sostegno alla famiglia e programmi di formazione; si impiega la figura di riferimento del case manager; si garantisce un'attività di raccordo con le altre Istituzioni, i medici di medicina generale MMG e i medici di consulenza specialistica ai servizi di confine (come alcolismo e dipendenza); si cerca di assicurare strutture di inserimento per gli ex pazienti dei manicomi. Il CSM si occupa direttamente di prevenzione primaria e secondaria.

Il CSM è collocato nel territorio e rappresenta spesso per le persone con disagio psichico - grave o no - la porta principale d'ingresso al DSM, oltre al luogo di coordinamento del PTI svolto all'interno dei diversi servizi.

Vi lavorano medici psichiatri, infermieri, psicologi, assistenti sociali, educatori professionali, tecnici della riabilitazione, all'interno di equipe multiprofessionali. Devono esserci almeno 2 CSM ogni 150000 abitanti; ci possono essere anche molti altri ambulatori "esterni" (collocati anche in ex-ospedali), che si riferiscono a un CSM.

(Burti, L., 2001; Conferenza Unificata delle Regioni, 2013; Ministero della Salute, 2011)

### **1.2.3. Strutture Residenziali**

Tra gli obiettivi del PANSM del 2013 c'è anche la residenzialità psichiatrica. Nel documento di approfondimento sulle "Strutture residenziali psichiatriche per adulti" (Conferenza Unificata delle Regioni, 2013) sono quindi descritte anche le tipologie di strutture residenziali psichiatriche da implementare:

1. STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE PER TRATTAMENTI TERAPUTICO-RIABILITATIVI A CARATTERE INTENSIVO. Tali strutture offrono trattamenti AD ALTA INTENSITÀ RIABILITATIVA (quindi lavorano più infermieri), per pazienti con *gravi compromissioni del funzionamento sociale e personale* (cura di sé e ambiente, competenze relazionali, gestione economica, abilità sociali, scarsa autonomia generale ma disponibilità a migliorare, bisogni di osservazione e accudimento). Di solito in tali pazienti *il disturbo si prolunga o ci sono frequenti ricadute, l'inserimento socio-lavorativo/familiare è inutile o dannoso oppure c'è necessità di ulteriore stabilizzazione* (Es.: post-ricovero, esordio psicotico). La durata di degenza è lunga ma definita (attenzione a un'eccessiva durata con

perdita della funzione riabilitativa): solitamente inferiore ai 16 mesi, prorogabile per altri 6 mesi previa motivazione scritta e concordata con il CSM; per i pazienti post-ricovero, la durata massima è di 3 mesi. Le attività sono diversificate per aree di intervento: clinico-psichiatrica, psicologica, riabilitativa, di risocializzazione, di coordinamento tra struttura e CSM per il PTI, con una prevalenza delle attività strutturate di riabilitazione rispetto a quelle di risocializzazione.

Un esempio di struttura di questo tipo, attiva anche in Veneto, è la CTRP (Comunità Terapeutico-Riabilitativa Protetta): riceve pazienti che stanno uscendo da una fase acuta (possibilmente giovani perché meno colpiti da cronicità) e che hanno bisogno di abitare momentaneamente lontano dalla famiglia quando essa non è in grado di creare un clima utile al recupero. Il gruppo curante sarà per il paziente una “famiglia terapeutica” che deve essere unita e coerente per creare fiducia e favorire la riunificazione delle parti scisse in lui. La famiglia viene comunque coinvolta nel progetto, il quale avrà verifica periodica. L’inserimento in CTRP prevede un percorso individuale con dimissione graduale che può condurre a vita autonoma quando possibile o a inserimento in Struttura Residenziale Assistita (SRA)/Gruppo Appartamento Protetto (GAP)/famiglia.

2. STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE PER TRATTAMENTI TERAPEUTICO-RIABILITATIVI A CARATTERE ESTENSIVO. Offrono trattamenti A MEDIA INTENSITÀ RIABILITATIVA (meno infermieri, più OSS o educatori professionali), per pazienti con *compromissioni del funzionamento personale o sociale gravi o moderati ma persistenti e invalidanti* (difficoltà a recuperare minima autonomia in cura di sé e dell’ambiente, competenza relazionale, gestione economica, abilità sociale) *con condizioni psicopatologiche stabili*. La durata della degenza è inferiore ai 3 anni, prorogabile per un altro anno previa motivazione scritta e concordata con il CSM. Le attività prevalenti sono quelle di risocializzazione fuori sede (rispetto a quelle di riabilitazione), diversificate per aree come l’intensivo.

Un esempio di tale struttura, attiva anche in Veneto, è la SRA: è il luogo in cui si consolidano le autonomie personali e sociali raggiunte in CTRP, con attività più all’esterno dando stimoli differenti (Es.: gruppi di lavoro con funzione “terapeutica”), per accompagnare il paziente verso il massimo recupero possibile. L’infermiere ha la funzione principale di mediazione e interfaccia tra i bisogni del paziente e l’equipe curante del CSM rispetto al PTI.

3. STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE PER INTERVENTI SOCIO-RIABILITATIVI. Offrono trattamenti a BASSA INTENSITÀ RIABILITATIVA di medio-

lungo termine, per pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento sociale e personale insorti da tempo (non post-acuzie), in base al quale le strutture si dividono in 3 tipologie, spesso esperite in successione:

A) CON PERSONALE SULLE 24H GIORNALIERE;

B) CON PERSONALE SULLE 12H GIORNALIERE;

C) CON PERSONALE PER FASCE ORARIE (prevalentemente supervisione e verifica). Un esempio di queste strutture residenziali, presenti anche in Veneto, sono i GAP.

#### **1.2.4. Strutture Semiresidenziali**

Tale struttura è il Centro Diurno (CD): i professionisti sono soprattutto educatori professionali o tecnici della riabilitazione psichiatrica con specializzazione in alcuni ambiti di attività finalizzate al recupero, per permettere al paziente di tornare in un contesto di socializzazione e recuperare le attività manuali, anche in vista del ritorno al lavoro. (Ministero della Salute, 1999). Possono essere attività svolte all'esterno, come l'accudire animali: il centro diurno ha, infatti, ancora più collaborazioni con strutture esterne al DSM. Il contesto deve essere ricco di stimoli e denso di relazioni umane per salvaguardare i processi psichici attaccati dalla noia e permettere al soggetto di interagire con sé e gli altri, prevenendo noia, stanchezza e frustrazione. L'infermiere collabora con le altre figure professionali nella fase di progettazione del percorso e di controllo su aderenza e compliance a terapia e progetto di cura.

### **1.3. Presa in carico del CSM in Italia**

Dal 1994 al 1997 si sono susseguite varie definizioni di presa in carico. Verso il 2000, è stata definita come: «insieme delle operazioni COMPLESSE che un'EQUIPE MULTIPROFESSIONALE mette in atto quando una persona che ha avuto un episodio di disturbo/disagio mentale si rivolge al DSM, direttamente o segnalata da terzi, per una richiesta di intervento più o meno urgente, prolungato e complesso». La *complessità* è data dal fatto che singoli atti tecnico-professionali-emozionali hanno luogo tra più operatori, soggetto, familiari, soggetti istituzionali e associativi attivi nella comunità, all'interno di un PROGETTO DI CURA COMUNE definito con paziente e familiari e attuato in modo CONTINUATIVO, articolandosi in diversi momenti di interventi (Peloso, P.F., 2021) e seguendo la politica dei piccoli passi, con stimoli e regole gradualmente e progressivamente per aiutare il paziente a tollerare noia

e frustrazione grazie anche alla reciproca fiducia. A collaborare con il DSM ci sono anche associazioni familiari volontarie, cooperative di lavoro e movimenti di auto-/mutuo-aiuto degli ex-utenti (Burti, L., 2001). Il SSN, inoltre, copre il costo per le cure mediche complete e l'alloggio di base per i pazienti ricoverati in strutture private, che ospitano generalmente pazienti più anziani e meno gravi, escludendo totalmente i casi di TSO che sono solo nel pubblico. (Biscaglia, L., et al., 2008).

Quindi, ad attuare la presa in carico è in primo luogo il DSM, ma sono coinvolti anche il soggetto con le sue risorse residue, le istituzioni del territorio, i gruppi di autoaiuto e le associazioni e altri interlocutori della comunità, formando una RETE DI CURA (anche la comunità di appartenenza deve essere interessata al benessere del malato).

In base al DSM, la presa in carico può essere rivolta a:

- coloro che ne fanno richiesta per sofferenza/difficoltà avvertita;
- coloro che ne fanno richiesta e hanno un disturbo mentale;
- coloro che ne fanno richiesta o per i quali qualcuno lo fa e hanno disturbo mentale;
- coloro che hanno una malattia mentale anche se non ne fanno richiesta (il DSM si organizza per cercare attivamente il bisogno, in modo da fare prevenzione secondaria attraverso identificazione e intervento precoci).

(Peloso, P.F., 2021)

La CONTINUITÀ TERAPEUTICA rappresenta la capacità della presa in carico di durare nel tempo e nei diversi luoghi di cura, evolvendo con l'evolvere dei bisogni e delle potenzialità del soggetto. Le 5 dimensioni della continuità sono:

- temporale (longitudinale), ovvero costanza temporale della presenza dei servizi;
- individuale, ovvero globalità della presa in carico personalizzata (soggetto nel suo ambiente);
- trasversale, ovvero unitarietà di stile, cultura e progetto tra i diversi momenti, luoghi e soggetti dell'intervento (il CSM 24h come quello di Trieste è il più indicato);
- continuità e flessibilità, ovvero offerta di diverse possibilità di intensità e modalità (capaci di cambiare in rapporto alla domanda e alla sua evoluzione nel tempo);
- continuità e relazione, ovvero centralità della dimensione affettiva (clima nell'ambiente di cura).

Esiste una "selezione" su chi può godere della presa in carico, ma non sempre è consapevole o esplicita e i criteri possono essere diversi, come diverse sono ampiezza e intensità di presa in carico in base al DSM: interventi diagnostici e terapeutici +/- interventi ricreativo-riabilitativo

(per diminuire il rischio di isolamento) +/- promozione dell'autoaiuto (sostegno nell'uso delle proprie risorse) +/- sostegno alle famiglie per diventare soggetti attivi di aiuto ai pazienti +/- aiuto alla comunità per farle identificare le risorse utili al paziente +/- lotta allo stigma, accesso precoce, prevenzione dei ricoveri.

(Peloso, P.F., 2021)

Con la presa in carico, il CSM elabora il PTI anche per l'inserimento in una struttura nell'ottica di un percorso territoriale; il PTI deve riferirsi a specifici criteri diagnostici, tra cui le diagnosi di inclusione (schizofrenia, disturbi psicotici, sindromi affettive gravi, disturbi di personalità con grave compromissione del funzionamento sociale). Si considerano quindi gravità e complessità del quadro clinico, compromissione del funzionamento personale e sociale (valutazione con appositi strumenti), risorse e potenzialità riabilitative, resistenze al cambiamento, stabilità clinica. L'obiettivo è quello di rispondere in modo appropriato ai bisogni specifici: ci sono, infatti, programmi differenziati per intensità riabilitativa con durata e prestazioni appropriate in base agli interventi necessari. In base a ciò si sceglie, quindi, anche la tipologia di struttura, la quale a sua volta definisce il proprio PTRP (progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato), in coerenza con il PTI e in accordo con il CSM. (Conferenza Unificata delle Regioni, 2013)

#### **1.4. Le emergenze in psichiatria**

Anche la definizione di urgenza/emergenza in psichiatria è cambiata nel corso del tempo. Oggi il concetto di crisi è riferibile al paradigma BIOPSIOSOCIALE.

L'American Psychiatric Association APA definisce l'emergenza psichiatrica come “condizione di alterazione acuta del pensiero, dell'umore, del comportamento o delle relazioni sociali tale da richiedere un intervento immediato (come definito dal paziente, dalla famiglia o dalla comunità)”.

Dal Trattato Italiano di Psichiatria (citato in Norcio, B., 2008), l'URGENZA è una “situazione acuta e grave che richiede un intervento terapeutico immediato” e nelle richieste di urgenza psichiatrica sono determinanti anche le variabili sociali (contesto e sua tolleranza); l'EMERGENZA è un “concetto quasi sovrapponibile all'urgenza, ma con maggiore enfasi su disagio e disadattamento psicosociale”.

Infine, Caplan (1964, citato in Norcio, B., 2008) definisce la CRISI come “lo stato che si verifica quando una persona si trova a fronteggiare un ostacolo che le impedisce il



raggiungimento di importanti obiettivi vitali e che risulta insormontabile tramite i metodi abituali di risoluzione dei problemi”. Factor e Diamond (1996) la definiscono “un cambiamento nel comportamento del paziente, nelle sue funzioni o nel suo sistema di riferimento, che determina la rottura di un equilibrio psicologico”. Si possono instaurare quindi comportamenti maladattivi con perdita di autonomia nelle ADL, perdita di ruoli, isolamento. Per Rosen (1997, citato in Norcio, B., 2008) la crisi, in base ai fattori di rischio (FDR) scatenanti, si può dividere in CRISI PER FASI EVOLUTIVE, CRISI SITUAZIONALI, CRISI POST-TRAUMATICHE, CRISI PER DISTURBI PSICHIATRICI GRAVI IN ACUTO. Quando la crisi per un disturbo mentale richiede interventi urgenti, il concetto si sovrappone a quelli di urgenza/emergenza. Quando la crisi è più del contesto socio-familiare che non “regge” più lo stress del problema cronico da gestire (per esempio un caregiver informale che va incontro a burden), si parla spesso di CRISI CRONICA (perché non c’è evidente peggioramento dei sintomi del paziente o, se c’è, è secondario alla “crisi” del contesto e di non recente insorgenza e non può essere risolta con un intervento mirato e tempestivo come con quella acuta).

Sempre dal Trattato Italiano di Psichiatria, una classificazione delle urgenze/emergenze/crisi è in base alla causa:

- MISTE, cioè disturbi somatici e psichici;
- PSEUDO-PSICHIATRICHE, cioè disturbi psichici ma patologia somatica;
- PSEUDO-SOMATICHE, cioè disturbi somatici ma patologia psichica;
- PSICHIATRICHE PROPRIAMENTE DETTE, cioè stretta pertinenza psichiatrica come crisi deliranti o allucinatorie acute, crisi d’ansia, crisi di agitazione psicomotoria, eccitamento maniaco, stati depressivi acuti e tentati suicidi. La sintomatologia è dunque riferibile a un quadro psicopatologico indipendentemente dalle pressioni dell’ambiente (ma lo psichiatra deve comunque considerare anche l’intera rete di comunicazioni, soprattutto in Pronto Soccorso) (Boca, B., et al., 2013).

Un’altra classificazione è invece in base al tipo di intervento, dividendo le emergenze in:

- Crisi che necessitano di risposta psichiatrica;
- Crisi che necessitano di risposta somatica;
- Crisi che necessitano di risposta socio-ambientale;
- Crisi che necessitano di risposta “giudiziaria”.

L’emergenza, dunque, può essere dovuta a un “evento estremo imprevisto e grave” che supera la capacità di risposta del soggetto, precedentemente normale o già limitata, e che non può essere gestita efficacemente. Ma l’evento scatenante può essere anche una piccola

“provocazione” che mette il soggetto di fronte a una situazione che oltrepassa la capacità di adattamento generando ansia. Il paziente in questa fase si trova ad esprimere sintomi aspecifici ma pregni di significato che esigono dal medico un approccio psicologico e fenomenologico avente significato terapeutico risolutivo. Si potrebbe definire urgente “ogni situazione psicopatologica in evoluzione che esige un tempestivo intervento da parte del medico sulle dinamiche interpersonali, familiari e sociali al fine di bloccare l’evoluzione del quadro clinico: ciò che caratterizza l’urgenza è la necessità di provvedimenti immediati tesi a identificare e risolvere, anche parzialmente, la situazione clinica, con misure temporanee” (Boca et al., 2013).

Modelli gestionali in temi di emergenza nei DSM sono:

- MODELLO OSPEDALIERO, con SPDC per gestire la crisi e servizi territoriali non 24h;
- MODELLO TERRITORIALE, con SPDC filtro e CSM 24h.

Ci sono inoltre equipe psichiatriche mobili sul territorio 24/7 (compatibili con entrambi).

Il colloquio è insostituibile condizione per la relazione terapeutica ed il presupposto per qualsiasi altro tipo di intervento.

Nel caso in cui in un momento di crisi il soggetto non accetti un intervento o ricovero indispensabili nelle strutture adeguate alla situazione, si attuano provvedimenti particolari quali TSO e ASO (accertamento sanitario obbligatorio), regolamentati dalle Leggi 180 e 833 del 1978 e da Linee-Guida Regionali per assicurare che vengano fatti tentativi per scongiurarlo e si attui solo se ugualmente inevitabile.

Anche una buona presa in carico può ridurre la necessità di futuri TSO perché ci dovrebbero essere meno situazioni di tale urgenza e maggiore clima di fiducia che favorisce decisioni condivise. Se il TSO fosse comunque inevitabile, si dovrebbe cercare di farlo attuare a operatori già conosciuti dal paziente per ridurre il trauma. (Peloso, P.F., 2021). L’Italia è tra le nazioni che effettuano meno TSO, ma ci sono diverse procedure regionali e locali - alcune delle quali in disaccordo con lo spirito della legge - e spesso i TSO attuati sono motivati solo superficialmente, dopo pochi tentativi per scongiurarli e senza inviare la copia del provvedimento all’interessato (Ministero della Salute, 2021).

*ESEMPIO DEL DSM DI TRIESTE* (Dipartimento di Salute Mentale, 2020)

Nel 1975 si aprirono i primi CSM e gli ospiti del manicomio iniziarono ad essere inseriti in gruppi-appartamento in città.

Nel 1977 ci fu uno sciopero del personale che rifiutò di accompagnare i pazienti in manicomio. A fine 1977, fu attivata una task force di 2 infermieri e un medico nel PS dell'ospedale generale dando servizio di reperibilità 24h.

Nel 1978 la legge 180 è stata realizzata grazie all'apporto dell'Ospedale Psichiatrico di Trieste, dove Franco Basaglia era direttore dal 1971, e nel 1999 ci fu la chiusura degli ospedali psichiatrici di Udine e Sacile.

Oltre all'impegno di mettere il CSM 24h con 6 posti letto al centro dei servizi del DSM, viene anche data massima attenzione a:

- ridurre le porte chiuse e le contenzioni fisiche (se necessario in caso di eccessiva aggressività, viene chiamata la polizia per intervenire velocemente in SPDC);

- al consenso e al rispetto dei diritti: negoziazione farmaci, comunicazione con avvocato, collaborazione forte con familiari e rete sociale (che possono anche entrare nell'SPDC quando vogliono, se accettati dal paziente);

- al contatto quotidiano tra operatori del CSM e programmi concordati.

Si cerca di seguire il principio di mobilità verso la domanda, con gestione della crisi anche a domicilio tramite equipe adeguata.

## **1.5. La situazione internazionale**

I movimenti di deistituzionalizzazione, iniziati circa un secolo fa, sono ancora lontani dal terminare in tutto il mondo, pur incentivati dalle iniziative dell'OMS per indirizzare le azioni. Questo perché tale deistituzionalizzazione non si limita all'obiettivo "pratico" di chiusura delle strutture manicomiali e creazione di SPDC e di strutture residenziali, bensì è legata al nuovo paradigma biopsicosociale che definisce le malattie psichiatriche come un evento influenzato anche da fattori ambientali esterni alla persona sofferente e che richiede, quindi, ulteriori sforzi. È in quest'ottica, infatti, che i nuovi dipartimenti e la politica sanitaria generale si impegnano sempre più a offrire alle persone e alle loro famiglie strutture e servizi che si avvicinano all'ambiente della persona, permettendo ai pazienti di restare il più possibile collegati alla comunità sociale anche nel momento di sofferenza, che sia in fase precoce, acuta, riabilitativa o cronica. Inoltre, varie campagne si stanno sviluppando per educare e sensibilizzare direttamente la comunità "sana", nell'ottica di lotta allo stigma e prevenzione del disagio mentale. L'importanza di tutto ciò è stata sottolineata anche dalla Conferenza ministeriale europea OMS sulla salute mentale e dalla Commissione Europea nel 2005. Del resto, come la comunità generale può influenzare il benessere dei cittadini, così la salute della comunità

dipende dalla salute di ogni individuo al suo interno, definita dall'OMS come "condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale".

In fase sub-acuta, post-acuta e riabilitativa per evitare l'ospedalizzazione c'è un'ampia offerta di servizi e strutture, in parte sovrapponibili a quelli italiani:

-team domiciliari di intervento precoce (EIS), che si occupano principalmente dei primi episodi di psicosi, altrimenti sottovalutati e trascurati aumentando la durata di psicosi non trattata (DUP) che porta cronicizzazione nel lungo termine;

-CSM con le sue attività ambulatoriali;

-servizi ACT (Assertive Community Treatment) e ICM (Intensive Case Management);

-strutture residenziali e semiresidenziali, che garantiscono attività anche all'esterno in collaborazione con realtà sociali.

In fase acuta il punto di riferimento sono ancora i reparti ospedalieri (per lo più corrispondenti agli SPDC italiani). Tale ricovero, però, porta con sé più svantaggi che vantaggi: aumenta lo stigma e quindi la difficoltà per chi ne ha bisogno di recarsi ai servizi; isola il paziente dal proprio contesto, allontanando la cura dalla visione biopsicosociale che dovrebbe avere; grava sullo Stato dal punto di vista economico; offre una soluzione solo temporanea senza influire molto su ricadute e ospedalizzazioni ripetute (Dean & Gadd, 1990), configurando anzi il fenomeno della "porta girevole".

Dunque, anche se l'attenzione alle fasi preventive e riabilitative riduce il verificarsi delle ricadute, resta importante agire per questo scopo anche nella stessa fase acuta. Nei vari Paesi, esistono diversi servizi del CSM che possono attivarsi in fase acuta pur essendo più orientati alla gestione globale del paziente a lungo termine. Tuttavia, da questo quadro emerge la necessità di un servizio territoriale diffuso che sia mirato alla sola fase acuta, rivolgendosi a un unico target specifico di popolazione.

## **CAPITOLO 2**

### **MATERIALI E METODI**

#### **2.1. Obiettivo**

Visti i ruoli centrali della deospedalizzazione e del paradigma biopsicosociale nella salute mentale, l'obiettivo di questa revisione è quello di esplorare modalità territoriali di trattamento e valutazione (con approfondimento sulla valutazione del contesto familiare e ambientale) delle persone in crisi acuta di salute mentale, verificando le modalità migliori proposte in letteratura in termini di risultati e analizzandone le caratteristiche. Si intende inoltre determinare lo stato dell'implementazione in Italia.

#### **2.2. Quesito di ricerca e metodo P.I.O.**

Sono stati formulati i seguenti quesiti di ricerca:

1. Tra i servizi territoriali di salute mentale per le crisi acute, qual è il più diffuso e implementabile nel contesto italiano?
2. Quali strumenti di valutazione del contesto familiare e ambientale degli utenti presi in esame sono applicabili?

La popolazione oggetto di ricerca sono quindi le persone sofferenti che stanno vivendo un momento di crisi che assume carattere di emergenza, spesso tale da necessitare ricovero in reparto SPDC.

L'intervento analizzato è la gestione territoriale di queste urgenze psichiatriche.

L'obiettivo primario è trovare la modalità più idonea per gestire le urgenze senza ricorrere al ricovero ospedaliero.

#### **2.3. Strategie di ricerca**

**Banche dati:** Pubmed e Google Scholar

**Stringhe di ricerca:** "crisis resolution team\*", "home treatment team\*", "community mental health centers\*", "mental health\*", "psychiatric emergencies\*", "home support in crisis", "home care", "home health nursing", "Italy", "family assessment\*", "expressed emotion

questionnaire\*”, utilizzando le forme MESH quando esistenti e gli operatori booleani AND/OR.

Inoltre, sono state analizzate norme e documenti istituzionali europei e nazionali, sia cercandoli in maniera diretta su google o nei portali istituzionali, sia dalle referenze degli articoli inclusi.

**Criteri di inclusione:** tutti gli articoli che parlavano di servizi territoriali per la gestione delle emergenze psichiatriche - compresi quelli solo sui team domiciliari in acuto - in qualsiasi lingua. Inoltre, pur cercando fonti dal 2000 ad oggi, alcune pubblicazioni minori sono antecedenti all’anno 2000.

**Criteri di esclusione:**

-articoli o altre fonti esclusivamente su servizi ospedalieri o servizi territoriali che non si occupavano di cure acute;

-articoli o altre fonti su servizi o interventi per pazienti non adulti o con patologie organiche (emergenze pseudo-psichiatriche) o con crisi da incidenti o disastri naturali.

Per quanto riguarda la ricerca sulla valutazione, sono stati esclusi articoli o altre fonti che parlavano solo di valutazione della psicopatologia o del funzionamento, perché lo scopo era la valutazione del contesto socio-familiare potenzialmente dannoso per il paziente.

La decisione dell’esclusione è avvenuta principalmente attraverso lettura di titolo, abstract e talvolta full text.

## **2.4. Presentazione delle fonti selezionate**

Sono state selezionate 14 fonti, suddivise in 6 documenti istituzionali/linee-guida, 7 articoli scientifici (studi osservazionali di confronto, revisioni di letteratura) e 1 intervento a un Congresso. Sono state inoltre selezionate 4 fonti sugli strumenti di valutazione. Nell’Allegato 1 vengono elencate e descritte in una tabella tutte le 18 fonti prese in considerazione.

### **2.4.1. Caratteristiche fonti istituzionali**

L’obiettivo alla base era simile per tutte: aggiornare precedenti linee-guida (soprattutto Addington, D., et al, 2017; NICE, 2014), sintetizzare le evidenze e le buone pratiche sugli approcci più efficaci per l’assistenza alle persone con disturbi di salute mentale (soprattutto Caldas de Almeida, J.M., et al., s.d.; WHO, 2016), fornire esempi per aiutare

l'implementazione dei servizi di salute mentale a livello locale (soprattutto Department of Health, 2001; National Health Service, 2019; Service Soins de Santé Psychosociaux, 2016). Il metodo è per tutte riconducibile alla revisione, soprattutto di articoli di letteratura e linee-guida già esistenti: in alcuni casi le fonti dei dati sono state specificate nel rispettivo capitolo dei metodi, mentre in altri (Department of Health, 2001) non sono state descritte ma è stato possibile risalire ad esse tramite citazioni bibliografiche e bibliografia. Inoltre, si specifica che per il presente elaborato i documenti non sono stati presi in considerazione nella loro rispettiva totalità, bensì solo alcuni capitoli riguardanti i servizi territoriali: il capitolo 3.3 del lavoro di Caldas de Almeida, J.M. et al (s.d.), il capitolo 12.4 - e altre raccomandazioni riportate in Allegato 3 - della linea-guida NICE (2014), il capitolo 3 della Guida all'implementazione (Department of Health, 2001), il capitolo 2.5 del Piano per l'implementazione (National Health Service, 2019), il capitolo 6 del Manuale di Pratiche Innovative (Service Soins de Santé Psychosociaux, 2016) e le raccomandazioni 11 e 12 delle linee-guida canadesi (Addington, D., et al., 2017). Caldas de Almeida, J.M. et al. hanno condotto una revisione di letteratura nel 2017, includendo revisioni e articoli di confronto. Nella linea-guida NICE sono state inclusi: 6 RCT, 1 revisione Cochrane e 2 studi economici inglesi per i CRHTT; 1 RCT, articoli descrittivi e 1 indagine sulle opinioni degli stakeholders per le Case di Crisi; 1 revisione di 10 RCT per i Day Hospital. Nel documento del 2001 del Department of Health sono stati inclusi un totale di 26 articoli tra RCT e altri tipi (9 articoli per il tema degli esiti del team, 8 per quello della definizione del servizio, 4 per quello sul supporto al servizio, 2 per quello di creazione del team e infine 3 per quello sull'implementazione). Il Piano del NHS (2019) nomina solo i due documenti "NHS Long Term Plan" e "Five Year Forward View for Mental Health", oltre alla collaborazione con persone con esperienza nell'assistenza di salute mentale. Nelle linee-guida canadesi sono state incluse linee-guida NICE, SIGN e IHE dopo un processo di ricerca, analisi, scrittura e approvazione avvenuto in 3 articolate fasi e coinvolgendo gruppi nazionali e gruppi tecnici appositi oltre ai vari stakeholders (le sopraccitate raccomandazioni 11 e 12 derivano da linee-guida NICE). Infine, nel Manuale di Pratiche Innovative (Service Soins de Santé Psychosociaux, 2016), sono stati inclusi due articoli scientifici, il documento della Riforma belga (Fédéral Santé Publique, 2010) e 4 progetti belga intrapresi rispettivamente nella città di Namur, nella città di Leuven, nelle Fiandre nord-occidentali e nella parte occidentale della provincia di Hainaut. Contribuiscono all'aggiornamento della situazione post-riforma in Belgio anche i lavori di Jacob, B. (s.d.) e di Borgermans, L., et al. (2018), che sono stati considerati qui come una "fonte unica" insieme al Manuale delle pratiche innovative.

Da sottolineare, infine, che le linee-guida del NICE (2014) e del Canada (2017) sono specifiche per i soli disturbi schizofrenici, mentre gli altri documenti sono diretti ai disturbi di salute mentale in generale.

#### **2.4.2. Caratteristiche articoli scientifici**

Ci sono 4 revisioni (Hepp, U., & Stulz, N., 2017; Karlsson, B., et al., 2010; Cechnicki, A., & Hat, M., 2021; Churchard, A., 2015) e 3 studi descrittivi sui team a domicilio presenti rispettivamente a Birmingham (Dean, C., & Gadd, E.M., 1990), in Catalogna (Arjona, C.H., et al., 2023) e a Trieste (Corradi-Webster, C.M. et al., 2020).

L'obiettivo comune a tutti gli articoli è quello di sintetizzare conoscenze, evidenze e stato di implementazione delle alternative territoriali all'ospedalizzazione nelle fasi acute, anche se ogni articolo pone l'enfasi su diversi aspetti: funzionamento organizzativo, approccio terapeutico e risultati ottenuti dal CRHTT in Arjona, C.H., et al. (2023), Karlsson, B., et al. (2010), Hepp, U., & Stulz, N. (2017) e Corradi-Webster, C.M. et al. (2020); fattori che influenzano il successo del trattamento in comunità in Dean, C., & Gadd, E.M. (1990); efficacia del trattamento domiciliare dei disturbi mentali rispetto ad altre forme di trattamento basato sulla comunità in Cechnicki, A., & Hat, M. (2021); caratteristiche cruciali per ottimizzare il funzionamento dei CRT efficaci e affidabili in Churchard, A. (2015).

Hepp, U., & Stulz, N. (2017) non hanno specificato le tipologie di fonti nel corpo dell'articolo, ma dalla bibliografia si identificano articoli scientifici (tra cui molti RCT, indagini nazionali, revisioni e studi retrospettivi), linee-guida e quadro giuridico-finanziario: l'articolo è strutturato in una parte introduttiva sulle evidenze disponibili e lo stato attuale della ricerca, una successiva parte su caratteristiche, vantaggi e svantaggi e lacune di ricerca riguardo i team domiciliari per acuti e una parte finale sulla distinzione con altri servizi di comunità. Karlsson, B., et al. (2010) hanno effettuato una ricerca in aprile-maggio 2009 in varie banche-dati (PubMed, PsychINFO, Embase, Cinahl e BNI), includendo 35 articoli in inglese o norvegese pubblicati tra gennaio 2000 e dicembre 2008 (6 revisioni, studi quantitativi e qualitativi di diverso tipo, RCT), i cui risultati sono stati divisi in tre aree: standard, organizzazione e sviluppo; interventi clinici; esito in relazione a costo-efficacia e tassi di ricovero. Cechnicki, A., & Hat, M. (2021) hanno effettuato una ricerca in MEDLINE e PsychINFO per confrontare cure standard ospedaliere e CMHT (equivalenti ai team dei CSM), poi CMHT e forme più intensive (ACT e CM) e infine cure standard e alternative domiciliari (CRT): per questo elaborato è stato considerato solo il terzo confronto, che include 6 articoli pubblicati nei precedenti 10 anni, tra cui 2 revisioni, 1 RCT, 2 indagini nazionali e 1 studio descrittivo.



Churchard, A. (2015) ha effettuato la ricerca in varie banche-dati (MEDLINE, PsychINFO, Embase, CINAHL, Web of Science), includendo 69 fonti datate fino a dicembre 2013, che sono state valutate per la qualità e presentate dividendole nell'articolo in base alla tipologia: 5 studi di confronto tra due modelli CRT, 16 studi di confronto tra CRT e trattamento come di consueto (TAU), 4 indagini nazionali, 24 interviste qualitative e indagini quantitative con gli stakeholders, 20 linee-guida. Dean, C., & Gadd, E.M. (1990) hanno effettuato lo studio sui pazienti di Sparkbrook ricoverati in ospedale o trattati a domicilio dal 1° ottobre 1987 al 30 settembre 1989, considerando nel loro lavoro solo il secondo anno (99 pazienti tra i 16 e i 65 anni). Arjona, C.H., et al. (2023) hanno effettuato lo studio su 105 pazienti gestiti da un CRHTT catalano da novembre 2017 a dicembre 2019. Corradi-Webster, C.M. et al. (2020) hanno effettuato lo studio sul primo anno di attività (ottobre 2017-ottobre 2018) di un CRHT di Trieste, denominato "Homecare Crisis Attention Team", che ha gestito 59 delle 124 persone valutate.

### **2.4.3. L'intervento al Congresso**

Durante il suo intervento al Congresso PSIVE, Giacco, D. (2020) ha presentato la situazione in Inghilterra sulla base dell'esperienza lavorativa personale e di studi di efficacia non specificati, portando un esempio di gestione di un'emergenza psichiatrica dal PS ai servizi territoriali.

### **2.4.4. Caratteristiche fonti sugli strumenti di valutazione**

Tre di esse sono raccolte, dopo attenta ricerca e analisi, degli strumenti di valutazione più diffusi, pubblicati dal WHO (in Janca, A., & Sartorius, N., 1996) o in generale – e usati in Italia in quella di Scovino, C. (2019). Solo l'articolo di Barrowclough, C., et al. (2005) è uno studio longitudinale trasversale eseguito per sviluppare uno strumento di valutazione sulle convinzioni dei parenti riguardo le malattie psichiatriche, che possono contribuire all'aggravarsi della persona sofferente: per lo studio è stato somministrato l'IPQS-Relatives a 62 parenti di pazienti, i quali avevano partecipato a un altro studio sulla versione per pazienti dello stesso strumento di valutazione, e gli esiti di tale valutazione sono stati confrontati con gli esiti di altri strumenti già validati - compreso il Five Minute Speech Sample - per verificare che non ci fossero importanti differenze.



## **CAPITOLO 3.**

### **RISULTATI DELLA RICERCA**

I risultati sono stati suddivisi in 3 paragrafi: quello sui servizi territoriali specifici per le emergenze psichiatriche, quello per la descrizione più dettagliata dei team domiciliari e, infine, quello sugli strumenti di valutazione del contesto che può influire sul soggetto. Alcune fonti sono presenti sia nel primo che nel secondo paragrafo, destinando al primo le parti più generali di tutti i servizi e al secondo le caratteristiche dettagliate dei team a domicilio. Per ogni argomento, vengono prima presentate le fonti di linee-guida internazionali/nazionali e in seguito le fonti su team implementati e analizzati (indagini nazionali, studi osservazionali o di confronto in singole zone), così da poter confrontare la realtà con i modelli raccomandati, giungendo alla comprensione di quanto i team si discostano da essi e di quali sono le caratteristiche più comuni.

Si specifica che si riscontrano diversi nomi per i team domiciliari: CRT, CRHT, CRHTT, HT. L'allegato 2 mostra la suddivisione dei paragrafi con relative fonti, mentre la tabella I a fine cap. 3 riassume i risultati trovati.

#### **3.1. Risultati sui servizi territoriali per le emergenze psichiatriche**

Secondo le evidenze presentate da Caldas de Almeida, J.M., et al (s.d.) e dal NICE (2014), le alternative ai ricoveri ospedalieri sono state proposte perché: essi sono costosi, spesso non necessari e vissuti dagli utenti come intrusivi e non utili o addirittura non sicuri; c'è sovrappollamento nei reparti ed eccesso di TSO; sono necessari più interventi sui fattori sociali, più coinvolgimento della rete sociale e più aiuto nel migliorare autonomia, funzionamento sociale e capacità di affrontare le crisi future, rispetto a quanto possibile fare nei reparti ospedalieri.

In particolare, sempre nel *Position Paper* Caldas de Almeida, J.M., et al (s.d.) concludono con Raccomandazioni a cui sono giunti grazie alla loro revisione, quali la 10 “ridurre fino a cessare i ricoveri negli ospedali psichiatrici”, la 11 “rafforzare servizi integrati e completi basati sulla comunità in base alle esigenze locali e nazionali” e la 12 “sviluppare strutture e programmi che finora sono stati poco sviluppati in molti Paesi dell'UE, come CRHTT, auto-aiuto e gruppi di utenti”. Anche il NICE nella Raccomandazione 4 ha dato indicazioni di carattere generale: “se

una persona affetta da psicosi o schizofrenia necessita di cure ospedaliere, pensare all’impatto sul paziente, sui suoi accompagnatori e sugli altri membri della famiglia, soprattutto se l’unità di degenza è lontana da dove vive (...).”

Il National Health Service (2019b) ha definito come obiettivo entro il 2024 quello di garantire, con modello flessibile in base alla realtà locale, una “gamma di servizi di crisi complementari e alternativi al PS e al ricovero all’interno di tutti i percorsi della salute mentale locale, ricevendo finanziamenti ed esempi di buone pratiche dai sistemi leader per farlo (Es.: case di crisi)”. Viene sottolineata anche l’importanza della partnership con servizi esterni al SSN, dell’inclusione di *peer supporter* e settore del volontariato, degli investimenti per migliorare e valutare i servizi di ambulanze/118/PS rispetto alle emergenze di salute mentale.

Le varie fonti analizzate in questo elaborato di tesi indicano nello specifico tre servizi implementati: i Day Hospital per acuti, le Case di Crisi e i team domiciliari.

### **3.1.1. I Day Hospital per acuti**

Nella loro revisione Caldas de Almeida, J.M., et al (s.d.) riportano che i Day Hospital per acuti hanno avuto una crescita iniziale in Europa negli anni ‘60 e ‘70, seguita da un declino di popolarità per scarse evidenze di efficacia e costo-efficacia ed espansione di altri servizi di prossimità basati sulla comunità, tornando attualmente all’attenzione dei politici e ricercatori a causa di crescenti costi e pressioni nei reparti ospedalieri, dimostrato anche dal finanziamento del progetto “Acute Day Units as Crisis Alternatives to Residential Care (AD-CARE)” nel Regno Unito. Tra le fonti selezionate dai sopracitati autori, l’European Day Hospital Evaluation (EDEN) mostra più funzionamento sociale con i DH rispetto agli SPDC (in Germania, Inghilterra, Polonia, Slovacchia e Repubblica Ceca); la revisione Cochrane conclude un’efficacia uguale; articoli in Germania, Inghilterra e Canada testimoniano miglioramento in sintomi, autostima e partecipazione sociale.

La linea-guida sviluppata dal NICE (2014) testimonia che i DH per acuti furono implementati inizialmente negli anni ‘60 in USA, poi diffusi in Europa (soprattutto Regno Unito) e sono ora usati spesso per supportare i CRHTT locali. È stata presa in considerazione una revisione Cochrane che includeva 10 RCT tra il 1965 e il 2007, di varia qualità, che confrontavano DH e standard (SPDC): molti studi non hanno dimostrato differenze mentre uno studio ha dimostrato più soddisfazione per il DH, ma la sintesi dei dati è stata complicata per varie ragioni (popolazione mista; Paesi diversi; diversi metodi di randomizzazione, interventi e periodi di follow-up; esiti simili in formati diversi). Non ci sono stati studi sul costo-efficacia ma è ritenuto probabile che l’uso del DH porti risparmio economico. Tale linea-guida conclude

reputando i DH un'alternativa selettiva generalmente apprezzata (per gruppi specifici che non hanno supporto a casa di giorno o come sollievo per i caregiver) e raccomanda di prenderli in considerazione in aggiunta ai CRHTT a seconda delle preferenze e necessità degli utenti. Questa raccomandazione è riportata anche nelle linee-guida canadesi.

Nella loro revisione, Hepp, U., & Stulz, N. (2017) riportano che i DH offrono un'intensità di trattamento paragonabile al trattamento ospedaliero, permettendo ai pazienti, però, di continuare a vivere a casa. Vi è una certa vicinanza con i servizi CRHTT in termini di gruppo target, in quanto anch'essi sono orientati alla fase acuta della malattia per un periodo di tempo limitato: questo rende più difficile un'indicazione differenziata.

Un articolo selezionato nella revisione di Karlsson, B. et al. (2010) ha incluso il centro diurno per acuti nei tre servizi per cure psichiatriche acute alternativi all'ospedalizzazione, in Norvegia.

### **3.1.2. Le Case di Crisi**

Nella loro revisione, Caldas de Almeida, J.M., et al (s.d.) testimoniano una crescente popolarità visti i limiti dei DH e l'inadeguatezza dei CRHTT in condizioni particolari come l'elevato rischio o altri fattori psicosociali. La ricerca di confronto è scarsa perché c'è varietà di terminologia, strutture e personale coinvolto: ad esempio, alcune sono basate sulla comunità, mentre altre sono case-famiglia. Le poche evidenze sembrano testimoniare, rispetto al ricovero in SPDC, preferenza degli utenti, minori costi e pari tassi di riammissioni, mentre il miglioramento clinico potrebbe essere inferiore a quello raggiunto in ospedale.

Dai dati emersi dalla revisione NICE (2014), la prima Casa di Crisi fu la casa Soteria in California a inizio anni '70, poi emulata in diversi Paesi Europei. Un'ampia indagine britannica inclusa ha identificato diversi modelli, da quelli più simili all'ospedale a quelli gestiti da organizzazioni del terzo settore, ma tutti in sinergia con i CRHTT e la rete di servizi in salute mentale. Sono definite "alternativa residenziale al ricovero per acuti durante una crisi" e considerate "casa lontano da casa". Spesso vengono usate in supporto all'assistenza fornita dal CRHTT (quando la risoluzione a domicilio non è possibile: rischio di danni a sé o altri senza supervisione; grave compromissione funzionale; senza fissa dimora; ambiente disfunzionale) e sono gestite 24/7 da personale addestrato in salute mentale oppure da operatori di supporto di organizzazioni di volontariato, formati nella cura delle crisi e supportati dal team CRHTT. Altre alternative sono le case-famiglia per acuti, cioè famiglie selezionate e formate che ospitano pazienti in crisi con il supporto del CRHTT (in Regno Unito poche). Nelle Case di Crisi, trattamento e gestione farmacologica sono di competenza del CRHTT, dell'equipe della

casa di crisi o dello psichiatra di base del paziente. Gli operatori della casa di crisi offrono un supporto quotidiano nel funzionamento sociale (tra cui istruzione e occupazione) e nelle ADL, oltre al trasporto da e verso strutture terapeutiche e appuntamenti comunitari o ambulatoriali. Ha lo scopo di mantenere autonomia e normalità in comunità durante la crisi e di supportare nelle ADL per consentire una facile transizione verso la vita normale post-crisi, riducendo così anche lo stigma. Difficoltà di ricerca per questa linea-guida sono state l'eterogeneità delle diagnosi e la scarsità di RCT (difficoltà etiche e pratiche nel reclutare i pazienti in crisi e resistenza alla randomizzazione essendoci alternative consolidate). La revisione ha incluso un solo studio RCT di bassa qualità del 1998 che confronta case di crisi e cure standard in USA: non sono stati mostrati benefici e i dati sono considerati inconcludenti. Studi descrittivi inclusi hanno dimostrato più soddisfazione degli utenti rispetto all'SPDC. Un'indagine sulle opinioni degli stakeholders rivela che le case di crisi sono apprezzate come mezzo per ampliare la scelta delle strategie di gestione crisi e che alleggeriscono la pressione agli SPDC. Tale linea-guida conclude reputando le Case di Crisi una possibile scelta alternativa se preferita dai pazienti (se non c'è supporto nemmeno di sera o se i caregiver hanno bisogno di aiuto) e raccomanda di prenderle in considerazione in aggiunta ai CRHTT a seconda delle preferenze e necessità degli utenti. Questa raccomandazione è riportata anche nelle linee-guida canadesi.

Giacco, D. (2020) testimonia l'utilizzo di Case di Crisi in alcune parti del Paese: se il paziente ha un rischio elevato e non è gestibile a casa, il paziente viene indirizzato verso questi servizi, che sono case di supporto intensivo breve per affrontare crisi non in ospedale; ci sono regole come i criteri di esclusione e la durata è di max 15 giorni; in alcune si accede solo tramite invio dei servizi ma in altre si può anche con accesso diretto; sono gestite dal SSN inglese o da volontari.

Nella loro revisione, Hepp, U., & Stulz, N. (2017) descrivono le Case di crisi come centri di intervento per le crisi che offrono brevi ricoveri, di solito al di fuori degli ospedali psichiatrici. L'idea dei centri di intervento per le crisi è quella di offrire ai pazienti un ambiente il più possibile simile alla vita quotidiana. In una revisione Cochrane sull'intervento in caso di crisi per persone con gravi malattie mentali, i centri home treatment e i centri di intervento in caso di crisi non vengono distinti, cosa che non aiuta a chiarire la terminologia.

### **3.1.3. Team di trattamento a domicilio**

Nella revisione di Caldas de Almeida, J.M., et al (s.d.) i CRHTT sono descritti come equipe mobili disponibili 24/7, che garantiscono valutazione rapida e supporto multidisciplinare breve fungendo anche da gatekeeper per l'accesso ai letti di degenza locali. Mancano dati di alta

qualità per difficoltà etiche e pratiche associate al reclutamento e alla randomizzazione dei pazienti durante la crisi psichiatrica, ma le prove disponibili indicano tale servizio come modello di cura efficace e accettabile. In alcuni studi di confronto tra CRHTT e cure standard riguardo efficacia e costo-efficacia, è stato dimostrato che nel CRHTT le probabilità di essere ricoverati entro 8 settimane dal contatto iniziale sono inferiori, il grado di soddisfazione riferita è significativamente più alta e i costi sono minori; alcuni studi di coorte in Norvegia, Spagna e Germania hanno dimostrato ridotta probabilità di ricovero, altri miglioramento della compromissione clinica e della capacità funzionale e altri ancora miglioramento dei sintomi; la revisione Cochrane ha riscontrato riduzione dei ricoveri ripetuti e accettabilità maggiore rispetto alle cure standard da parte dei pazienti.

Secondo i dati emersi dalla revisione NICE (2014), il Regno Unito è uno dei pochi Paesi in cui i CRHTT sono stati una politica nazionale e, anche se ora non lo sono più, rimangono diffusi. Nella revisione sono stati inclusi una revisione Cochrane, 6 RCT dal 1964 al 2005 e 2 studi economici che confrontavano CRHTT e “cure standard” (considerate ospedale, CSM, Case di Crisi): quasi tutte le evidenze suggeriscono che le CRHTT hanno ridotto le probabilità di ricovero a 6, 12, 24 mesi di follow-up ma la qualità delle prove varia da bassa a molto bassa; altre evidenze di bassa qualità hanno dimostrato più soddisfazione nei CRHTT a 6, 12, 20 mesi; inoltre, i CRHTT sembrano mantenere di più gli utenti nel servizio, migliorare la qualità di vita (QoL) e in parte alcuni risultati clinici; è stato infine riscontrato risparmio economico nei CRHTT, ma la finestra temporale di analisi di 6 mesi è limitata. Dal NICE sono state dunque formulate le seguenti raccomandazioni: 1. “offrire CRHTT come servizio di prima linea per supportare le persone con psicosi e schizofrenia durante un episodio acuto, se la gravità dell’episodio o il livello di rischio per sé o gli altri supera la capacità degli altri servizi comunitari di gestirli”; 2. “le squadre di risoluzione delle crisi e trattamento domiciliare dovrebbero essere l’unico punto di accesso a tutti gli altri servizi per acuti nella comunità e negli ospedali”; 3. “considerare il trattamento comunitario acuto all’interno dei CRHTT prima del ricovero in un’unità di degenza e come mezzo per consentire la dimissione tempestiva da esse (...)”.

Il National Health Service (2019b), per la trasformazione dei servizi di salute mentale in modo da garantirne l’accesso a tutti coloro che ne hanno bisogno, ha definito come obiettivo fisso quello di garantire “il servizio CRHTT 24/7 in linea con le migliori pratiche entro il 2020-2021 e mantenere la copertura fino al 2023-2024”.

Durante il suo intervento al Congresso Veneto, Giacco, D. (2020) specifica le due diverse “filosofie” che giustificano la differenza di nome tra Home Treatment Team e Crisis Resolution

Team: l'HTT è più legato al concetto di “trattamento ospedaliero a casa” e, infatti, l'invio viene fatto principalmente da psichiatri dopo loro valutazione, mentre il CRT è più legato al concetto di “gestione della crisi”, più breve e con invio anche da MMG o accesso autonomo (42% dei team). I due team comunque non differiscono sulle modalità di azione e attività offerte: in particolare, facilitano le dimissioni e garantiscono, attraverso protocolli comuni, un'importante collaborazione e una flessibilità reciproca con CSM, servizi di consultazione (es: team nel PS) e altri team di salute mentale (es: il team per intervento precoce, che è una sorta di CSM per i primi anni di psicosi).

U. Hepp & N. Stulz (2017) citano la linea guida tedesca S3 sulle terapie psicosociali per le malattie gravi, che raccomanda l'HT con massimo livello di raccomandazione ed evidenza: *“Le persone con disturbi mentali gravi nelle fasi acute della malattia dovrebbero avere la possibilità di essere trattate da équipe multiprofessionali mobili di regioni di cura definite nel loro ambiente di vita familiare”*.

Tramite le fonti selezionate, Karlsson, B. et al. (2010) delineano un modello ideale generale per i CRHTT (caratterizzato da operatività 24/7, valutazione delle emergenze entro 1h, revisione giornaliera dei pazienti, trattamento domiciliare intensivo con attenzione ai bisogni clinici e sociali e ai fattori scatenanti, durata max 6 sett ed essenziale ruolo di gatekeeping), ma con criteri e standard flessibili in base alla realtà locale (sociale, economica, amministrativa e politica).

## **3.2. Risultati sui team a domicilio di risoluzione delle crisi**

In questo paragrafo si analizzeranno le specifiche caratteristiche e fasi dei servizi che gestiscono a domicilio gli utenti in crisi psichiatrica.

### **3.2.1. Caratteristiche di servizio ed equipe**

La linea-guida NICE (2014), redatta dopo un lavoro di revisione, testimonia che il servizio si compone di equipe multidisciplinari di infermieri, psichiatri, OSS, terapisti occupazionali, psicologi e assistenti sociali e che altre linee-guida per l'implementazione del modello suggeriscono reperibilità 24/7 (infatti, la maggior parte dei team nella realtà lavora almeno per orari prolungati). La dimissione, inoltre, dovrebbe avvenire entro poche settimane.

Il Department of Health (2001), nella Guida all'implementazione redatta analizzando 26 articoli scientifici, descrive equipe specializzate con forti legami con altri servizi di salute mentale e composte da personale la cui principale responsabilità è la gestione di persone con



gravi problemi di salute mentale in crisi e dotato di un adeguato mix di competenze e di conoscenza delle risorse locali. In particolare, le competenze richieste sono alto livello di energia, capacità di lavorare in squadra, capacità di coinvolgere in modo creativo gli utenti, comprensione delle esigenze degli utenti (in base anche a background, età, genere), capacità di coordinare l'assistenza e fornire ampia gamma di interventi, conoscenza dei principi del servizio e formazione culturale e antirazzista. Ogni team dovrebbe avere 14 operatori, tra cui infermiere di psichiatria territoriale, assistenze sociale autorizzato, terapeuta occupazionale, psicologi, operatori di supporto (compresi altri utenti del servizio), personale medico in contatto 24/7 con psichiatri senior; in caso di mancanza di personale, alcune figure possono essere sostituite da altre formate, supportate e supervisionate da un professionista apposito. Ogni equipe dovrebbe seguire 20-30 utenti, coprendo una popolazione di 150.000 persone, anche se ciò dipende da una serie di fattori. Il servizio deve garantire disponibilità 24/7: almeno due operatori del caso per le visite a domicilio, lavoro serale e notturno a chiamata, team di valutazione per i nuovi utenti costituito da almeno due assistenti sociali formati e uno psichiatra esperto.

Giacco, D. (2020) nel Congresso PSIVE testimonia che in Inghilterra le caratteristiche ideali sono specificate in 52 standard e l'aderenza a tutti è attuata solo nel 18% dei team. In particolare, si parla di: multidisciplinarietà e integrazione, garantita in tutti i CRT/HTT; servizio 24/7, non sempre disponibile (infatti aderenza del 40%); 14 membri dello staff ogni 150.000 abitanti e due visite al giorno; ruolo di gatekeeping per i ricoveri, garantito nel 50% dei team solitamente al telefono anche se l'ideale sarebbe in presenza.

Il servizio di Birmingham (Inghilterra) preso in considerazione nello studio di Dean, C., & Gadd, E.M. (1990) si compone di un'equipe multiprofessionale (tra cui almeno 2 infermieri) che assicura reperibilità 24/7 dal secondo anno di implementazione.

Il servizio analizzato in Catalogna da Arjona, C.H., et al. (2023) si compone di un team multidisciplinare con almeno un infermiere a tempo pieno (35 h/sett), uno psichiatra a tempo pieno, uno psicologo collaboratore (4h/sett), che abbiano esperienza sia in cure acute che comunitarie. Il team è ubicato nella struttura del CSM pubblico di appartenenza (160000 abitanti di Barcellona di zone urbane o rurali con differenze socioeconomiche e culturali) e ha collegamento con ospedali e servizi di emergenza in due diverse città. Il giro visite avviene da lunedì a venerdì, tutte le mattine e un pomeriggio, e la frequenza per utente è variabile da ogni giorno a una volta a settimana, con decremento nel tempo. Ogni visita viene effettuata da almeno due operatori, di solito uno psichiatra e un infermiere (dato confermato nel campione considerato in questo studio descrittivo) e di solito sempre gli stessi per uno stesso paziente.

La durata delle visite varia da 30 a 90 minuti e i contatti diretti con le famiglie sono possibili per il resto del tempo. L'equipe informa settimanalmente i servizi di emergenza e urgenza riguardo gli utenti in carico così che questi ultimi possano chiamarli in caso di necessità fuori dall'orario di apertura del CRHTT. La durata massima del trattamento è 3 mesi (risultati dello studio confermano una media di 57 giorni di durata e 13 visite effettuate).

Le tre fonti sui servizi in Belgio (Borgermans, L., 2018; Jacob, B., s.d.; Service Soins de Santé Psychosociaux, 2016) descrivono team multidisciplinare consistenti almeno in infermieri (ad esempio, sono 8 nel nord-ovest delle Fiandre) e medico psichiatra (2 nello stesso esempio), spesso ospedalieri, assistente sociale (3 nello stesso esempio) e altre figure professionali, come lo psicologo. Una delle figure viene nominata coordinatore così da avere la visione di tutte le azioni svolte dall'equipe ed essere il tramite fisso tra paziente, equipe e altri servizi psichiatrici o no (es: MMG), che cooperano per un'assistenza integrata. Il team offre trattamento domiciliare intensivo di breve termine (al massimo 6 settimane) e garantisce disponibilità telefonica e letti di emergenza 24/7.

Lo studio descrittivo di Corradi-Webster, C.M., et al. (2020), condotto sul servizio di Trieste, testimonia che il team è situato presso l'ospedale generale in centro città e costituito da 12 professionisti: 2 psichiatri, 1 medico generale, 1 assistente sociale, 1 terapeuta occupazionale, 6 infermieri, 1 studente di medicina. Il servizio è aperto dalle 8 alle 20 durante la settimana e dalle 9 alle 17 nei festivi. Il servizio ha due auto e due numeri di cellulare forniti ai pazienti e ai servizi di salute mentale o delle dipendenze. Vengono assistite dalle 4 alle 10 persone al giorno, con una media giornaliera di due visite domiciliari per utente in progressiva riduzione; tali visite vengono effettuate al mattino da 2 a 5 operatori, al pomeriggio da 2, nei fine settimana uno o due. Prima e dopo il giro-visite vengono fatte riunioni per discutere i casi. La rapidità di risposta del team e il contatto frequente quotidiano sono importanti perché aumentano l'affidabilità e la chiarezza per gli utenti. La durata media è di 1 mese.

Tramite la loro revisione, Karlsson, B. et al. (2010) rivelano che in diversi paesi il CRHTT fornisce assistenza 24/7 fino a un max di 6 settimane, con team multidisciplinari in grado di offrire una gamma completa di interventi di salute mentale con carichi di lavoro condivisi fra gli operatori. Per poter garantire i vantaggi dell'intervento a domicilio, i professionisti devono avere la capacità di sopportare le tensioni di situazioni impegnative senza la cornice istituzionale o il sostegno di molti colleghi.

### **3.2.2. Modalità di invio e criteri di inclusione/esclusione**

Le fonti considerate dal Department of Health (2001) riportano che l'invio al servizio dovrebbe essere semplice con percorsi di cura chiari per tutti i soggetti coinvolti: il servizio dovrebbe disporre di un sistema che permetta l'invio diretto da cure primarie, CSM, ACT o EIS (sarebbe anche utile che il personale di tale team partecipi ai turni di lavoro dei CRHTT), assistenti sociali, personale dei reparti di degenza, sistema di giustizia penale, enti non statuari, ex-utenti del servizio e loro famigliari, PS e 118. Nel caso di pazienti già conosciuti a CSM o CRHTT, questi servizi dovrebbero avere un piano di crisi da seguire se tali utenti si ripresentano. Sono inclusi nel servizio gli utenti adulti da 16 a 65 anni con gravi malattie mentali (schizofrenia, disturbo maniaco-depressivo, disturbo depressivo grave) in crisi psichiatrica acuta di gravità tale da richiedere ricovero ospedaliero se non ci fosse il CRHTT. In ogni località dovrebbe esserci la flessibilità per decidere di trattare coloro che non rientrano in questa fascia d'età, se opportuno. Criteri di esclusione sono: disturbi d'ansia lievi; diagnosi di abuso di alcol o sostanze; danni o disturbi organici (es: demenze); disturbi dell'apprendimento; diagnosi esclusiva di disturbo della personalità; autolesionismo senza malattia psicotica o depressiva; crisi legate esclusivamente a problemi relazionali.

Come descritto da Dean, C., & Gadd, E.M. (1990), a Birmingham (Inghilterra) è stato creato un "centro di risorse", in cui è presente anche il team domiciliare. Tale centro accetta segnalazioni da qualsiasi altro servizio e le richieste urgenti vengono prese in considerazione il prima possibile (sempre il giorno stesso se provengono da medici o infermieri). Lo psichiatra del team porta subito tutti gli strumenti per la valutazione, inclusa quella di idoneità. Non sono elencati i criteri di esclusione, ma nello studio di confronto condotto dagli autori i pazienti ospedalizzati erano per lo più quelli con precedenti ricoveri volontari o in TSO e quelli violenti o in fase maniacale piuttosto che depressiva, mentre quelli ricoverati dopo il trattamento domiciliare erano per lo più violenti, segnalati da agenti di custodia, con problemi fisici o non complianti con i farmaci.

Giacco, D. (2020) nel Congresso PSIVE spiega che quando una persona in crisi psichiatrica arriva al PS si procede con: valutazione del rischio, soprattutto di deterioramento e di suicidio (è anche un criterio per il TSO); valutazione della capacity (quanto il pz capisce dei pro e contro del trattamento e quanto sa comunicare le sue decisioni); valutazione dei servizi più adeguati. Se il pz viene considerato ad alto rischio ed è gestibile a casa, viene attivato il CRT/HTT.

Nel servizio domiciliare catalano osservato da Arjona, C.H. et al. (2023), l'invio è avvenuto da parte per lo più del CSM di appartenenza, poi degli ospedali e, in misura minore, dei MMG, tramite i contatti che i team avevano loro dato all'inizio, quando erano andati a presentarsi ai

vari servizi nell'ottica di collaborazione di rete: l'equipe ha poi cercato il contatto a domicilio entro 24/48h. Ci sono state, infine, chiamate autonome o dei familiari (in questo caso l'accettazione veniva comunque concordata con i CSM). Per i criteri di inclusione si sono rifatti al "Modello di assistenza alternativo al ricovero convenzionale in Catalogna (2019)", secondo cui i team devono essere attivati in caso di alto livello di intensità necessario: i pazienti accettati sono stati, quindi, quelli con alto grado di sofferenza e limitazione personale, candidabili al ricovero e che hanno accettato l'assistenza a domicilio. Criteri di esclusione sono stati invece: rischio imminente di suicidio, stato di agitazione aggressiva fisica, disturbi organici che richiedevano cure ospedaliere (come in caso di intossicazione da sostanze). Dai risultati dello studio, il 33,33% dei pazienti era psicotico, il 19,05% bipolare e il 17,14% depresso.

Secondo quanto riportato da Borgermans, L. (2018), Jacob, B. (s.d.) e Service Soins de Santé Psychosociaux (2016), in Belgio i team sono di solito avvertiti da MMG, psichiatra, operatori di PS o altri servizi (di salute mentale o no), quindi analizzano la domanda e intervengono entro 24 ore. Per i pazienti al primo accesso i team effettuano subito una prima diagnosi; in ogni caso svolgono ruolo di gatekeeping. Il servizio è per tutti i pazienti in crisi mentale acuta, ma viene data priorità a schizofrenia, disturbi di personalità e scarso funzionamento psicosociale.

Nello studio condotto da Corradi-Webster, C.M., et al. (2020) a Trieste, le segnalazioni sono avvenute da SPDC, CSM o agenzie di emergenza, con trasmissione al team di una relazione con caratteristiche e condizioni cliniche dell'utente: entro due giorni lo psichiatra del team valutava la presenza dei criteri di inclusione e l'assenza di quelli di esclusione. I primi sono: sintomatologia psichiatrica acuta con recente deterioramento; crisi relazionale o isolamento severo; richieste di aiuto per problemi con famiglia, ambiente o vicinato. I secondi sono: grave rischio di autolesionismo; intossicazione acuta con necessità di primo intervento medico; demenza/delirium con necessità di assistenza diurna specifica; rifiuto; TSO.

### **3.2.3. Valutazione approfondita degli utenti**

Secondo la linea-guida redatta dal Department of Health (2001), la valutazione (fase 1 dell'intervento) dovrebbe essere fatta entro un'ora dalla segnalazione e possibilmente a domicilio, comprendendo: screening iniziale per verificare appropriatezza del servizio CRHTT per quel paziente (se non appropriato, rinvio ad altri servizi garantendo continuità); valutazione della salute fisica se necessario; valutazione multidisciplinare dei bisogni dell'utente e del livello di rischio; coinvolgimento in questa fase di paziente, famiglia e altri soggetti interessati (Es.: MMG). Inoltre, ogni team dovrebbe avere una politica scritta che delinea il livello di

rischio che la squadra è in grado di gestire e dovrebbe essere affrontata esplicitamente la sicurezza del personale.

Nel servizio domiciliare catalano osservato da Arjona, C.H. et al. (2023) la valutazione iniziale è stata effettuata da parte dell'infermiere con Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) e Global Assessment of Functioning (GAF).

Nello studio condotto da Corradi-Webster, C.M., et al. (2020) a Trieste, i colloqui clinici sono stati registrati in cartella ed effettuati dagli infermieri all'inizio del primo incontro, indagando storia personale (soprattutto traumi pregressi), storia familiare, precedenti esperienze di disagio mentale, dettagli del problema esistente (indagando soprattutto rischio di suicidio). Usano inoltre il test Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) per i sintomi espressi e il test GAF.

L'articolo di revisione di Karlsson, B. et al. (2010) testimonia come in tutti i Paesi sia ritenuto importante che il team garantisca una valutazione rapida entro 1h. Ad esempio, uno studio incluso parla di valutazione rapida di problemi e risorse (valutazione psicosociale e della letalità, seguita da identificazione dei fattori precipitanti), mentre un altro cita espressamente il ruolo di gatekeeping.

### **3.2.4. Interventi e dimissione dal servizio**

Resoconti del modello analizzati nella linea-guida NICE (2014) suggeriscono che gli interventi principali dovrebbero includere: 2 visite al giorno per fornire supporto e monitorare il recupero dalla crisi e il rischio; prescrizione, somministrazione e monitoraggio dell'aderenza ai farmaci; assistenza per i problemi pratici che perpetuano la crisi; interventi psicologici e sociali per alleviare i sintomi e il disagio e per rafforzare il coping; supporto per caregiver e rete socio-familiare. Nella stessa linea-guida sono state così sviluppate le Raccomandazioni "Successivi episodi acuti di psicosi o schizofrenia e rinvio in caso di crisi" che contengono indicazioni più specifiche sugli interventi e sulla dimissione (Allegato 3).

La Guida all'Implementazione redatta dal Department of Health (2001) prevede che venga fatta una pianificazione (fase 2), attuata con approccio condiviso e processo decisionale di gruppo coinvolgendo attivamente paziente e famiglia, allo scopo di produrre un piano di assistenza mirato e flessibile per garantire rapida risposta ai cambiamenti della situazione clinica, decidendo anche il numero di visite e il livello di contributo di ognuno e iniziando a pianificare anche la dimissione. Per rendere possibile ciò, gli utenti devono essere informati su: servizio, interventi e cosa aspettarsi; dettagli di contatto per consulenza e aiuto fuori orario; piano di assistenza e informazioni complete sui farmaci; piano di crisi e di dimissione; come esprimere opinioni sul servizio. A questa fase segue la fase 3 degli interventi, composta da:

- Scelta del responsabile del coordinamento (con il coinvolgimento di utenti e famiglie), il quale garantisca continuità dell'assistenza e comunicazione efficace in team;
- Supporto intensivo, consistente in contatti e visite domiciliari frequenti (anche più al giorno) per tutta la durata del trattamento, valutazione continua di rischi e bisogni e capacità di seguire l'utente per tutta la durata;
- Farmaci, con accesso immediato e fornitura continua 24/7 grazie a collegamento con ospedali e farmacie, consegna e monitoraggio nei casi di pazienti che necessitano di monitoraggio intensivo, assistenza finalizzata a migliorare la cooperazione per il trattamento, coinvolgimento dell'utente nel processo decisionale e nel monitoraggio degli effetti con l'uso di strumenti standard (evitare gli effetti collaterali aiuta a mantenere l'impegno del paziente). È importante che tutto il personale sia sufficientemente formato su uso, conservazione e compatibilità dei farmaci;
- Aiuto pratico nelle ADL, rispettando però l'indipendenza del paziente e responsabilizzandolo con il coinvolgimento nelle decisioni;
- Supporto alla famiglia, indispensabile per il recupero, con spiegazione continua, educazione su crisi e malattia del paziente, organizzazione dell'aiuto pratico;
- Aumento della resilienza, con disponibilità di una gamma di interventi per risoluzione dei problemi, gestione dello stress, breve consulenza di sostegno e rafforzamento della rete sociale;
- Prevenzione delle ricadute e piano di crisi, considerando la variabile personale dei cambiamenti di pensiero, sentimenti e comportamenti che le precedono: identificare e ridurre le condizioni di vulnerabilità per le ricadute; assicurare che paziente e famiglia comprendano quando chiedere aiuto e fornire il numero di contatto 24/7; concordare con paziente e famiglia un piano di segnalazione precoce, da inserire nel piano generale e condividere con assistenza primaria, MMG e altri secondo appropriatezza;
- Sollievo, garantendo possibilità di accesso a strutture di sollievo non ospedaliere residenziali o diurne (Case di crisi o DH), preferibilmente di piccole dimensioni e a porte aperte per enfatizzare la vita normale;
- Collegamento con i servizi di ricovero se necessaria l'ospedalizzazione, con collaborazione tra personale di degenza, CRHTT e utenti per garantire trasferimento nel luogo meno restrittivo possibile e pianificare insieme la dimissione.

L'ultima fase è costituita dalla dimissione dal servizio domiciliare, che prevede il trasferimento delle cure in base alla situazione clinica a MMG, ACT, EIS (se era un primo episodio di psicosi), CSM o altri servizi di salute mentale, opportunamente informati su crisi, interventi attuati e assistenza in corso. Prima della dimissione, il CRHTT deve accertarsi che gli utenti

abbiano compreso il motivo della crisi e come evitarla, che siano state analizzate con il paziente le strategie di coping, che sia stato fatto il piano di crisi e che gli utenti diano le loro opinioni sul servizio per contribuire al miglioramento.

Nel servizio di Birmingham osservato da Dean, C., & Gadd, E.M. (1990), lo psichiatra e il resto del personale, ricevuta la chiamata, portano tutti gli strumenti di valutazione, trattamento e prescrizione, tra cui i farmaci in caso di necessità immediata. Se il paziente è ritenuto idoneo si attiva l'assistenza 24/7 e si avvisa il MMG. Per i primi giorni la frequenza è di una volta al giorno da almeno un medico e un infermiere e spesso gli OSS rimangono per più ore per dare l'opportunità ai familiari di uscire. Si spiega al paziente come chiedere aiuto in caso di necessità (piano di crisi anche per il post) e si offrono al paziente varie attività, tra cui quelle di gruppo. L'equipe multidisciplinare si riunisce due volte a settimana per capire se e come continuare l'HT, se ricoverare il pz o se "trasferirlo" a piani ambulatoriali o diurni.

Durante tutta la durata del servizio catalano osservato da Arjona, C.H. et al. (2023), si è coltivata l'alleanza terapeutica con empatia, rispetto e flessibilità per adattarsi alla persona: la relazione paziente-personale risulta così più orizzontale e stretta, portando a più condivisione delle decisioni e più autostima dell'utente, che si sente responsabilizzato e capace. Inoltre, si è dato aiuto a tollerare l'incertezza e a ridurre l'angoscia, oltre a mantenere il lavoro retribuito che avevano al momento dell'ammissione. Eventuale trattamento psicofarmacologico è stato iniziato dopo un processo decisionale condiviso, in cui gli utenti sono stati informati sulle diverse opzioni disponibili e i loro rischi e benefici; solo in alcuni casi c'è stata anche supervisione diretta all'assunzione quotidiana. La rete sociale è sempre stata inclusa, con spazi di dialogo rispettosi e riflessivi per trovare il senso ampio della crisi (aspetti biografici, relazionali e sociali in rapporto ai sintomi con l'obiettivo di stimolare le risorse familiari e personali ad affrontare le crisi future). È stato garantito il coordinamento con le altre reti prima, durante e dopo il CRHTT con incontri congiunti tra team, utenti e familiari e professionisti di altri servizi, nell'ottica di ridurre la compartimentazione e di aumentare comunicazione, condivisione obiettivi, continuità delle cure e informazioni pratiche a paziente e famiglia.

Secondo quanto riportato sui servizi in Belgio da Borgermans, L. (2018), Jacob, B. (s.d.) e Service Soins de Santé Psychosociaux (2016), l'intervento in generale consiste in sostegno pratico, farmaci e aderenza, monitoraggio del rischio e terapia familiare (compresa la partecipazione di utenti e caregivers a decisioni e azioni, così da sviluppare strategie di coping e un piano di crisi future). Il processo di cura si divide in più fasi (la parte occidentale della provincia belga dell'Hainaut usa il programma "Mindview" per organizzare e monitorare queste fasi e per formare il personale):

- fase iniziale: il team, insieme a utente e famiglia, concorda un PTI in cui sono inclusi obiettivi, compiti, ruoli e responsabilità e che viene lasciato anche in forma scritta all'utente;
- fase delle cure acute domiciliari: nella prima settimana le visite sono effettuate più volte al giorno da più figure professionali, che danno aiuto e supporto pratico nel contesto, con il coordinatore scelto che fa da tramite perché la comunicazione è cruciale;
- fase di stabilizzazione: una volta che la situazione è rientrata, la frequenza di visite si riduce e viene rivisto insieme il PTI;
- fase di dimissione: viene organizzata insieme la dimissione, indirizzando il paziente e dando le informazioni necessarie e prendendo contatti con i servizi necessari nel post-acuto;
- fase di conclusione e report: garantendo la continuità delle cure, viene stilato insieme il report finale in forma scritta e viene mandato ai servizi del post-acuto e al MMG.

All'inizio, il servizio di Trieste osservato da Corradi-Webster, C.M., et al. (2020) ha sviluppato un piano terapeutico condiviso tra paziente, famiglia e CSM: il piano evidenziava fragilità e vulnerabilità dell'utente, risorse e bisogni. Si sono organizzati incontri regolari per verificare il piano in generale e gli obiettivi a breve termine concordati inizialmente: l'atteggiamento è stato, infatti, di collaborazione tra le parti, senza giudizio o stigma verso l'utente, che viene considerato come soggetto protagonista e non come malattia. Le azioni specifiche attuate dall'equipe sono state: supporto e monitoraggio della salute fisica, supporto alla compliance farmacologica, articolazione di reti di supporto e collaborazioni con istituzioni e comunità, partecipazione ad attività di gruppo. Intorno alla quarta settimana il CSM prendeva in carico la cura continuando l'approccio terapeutico definito collettivamente.

### **3.2.5. Risultati dei team: vantaggi e svantaggi**

Come descritto da Dean, C., & Gadd, E.M. (1990), nei due anni e mezzo successivi all'introduzione del servizio domiciliare a Birmingham l'occupazione media giornaliera dei letti ospedalieri è scesa da 18 a 5, soprattutto dopo il primo anno con l'avvio della reperibilità 24/7. I pazienti a domicilio e i loro parenti sono più soddisfatti e, non temendo il ricovero, sono più propensi a rivelare i S/S di malattia. C'è, inoltre, un risparmio economico: i soldi risparmiati sono stati usati per aumentare gli infermieri per l'HT visto che a casa c'è necessità di più assistenza infermieristica.

Giacco, D. (2020) afferma che ci sono pochi studi di efficacia (pochi RCT, problemi metodologici come la definizione di crisi), ma che essi riportano risultati positivi: rispetto al trattamento ospedaliero, questi team portano a maggiore riduzione dei ricoveri, migliore esperienza di pazienti e familiari, riduzione dei costi e nessuna differenza nella mortalità



(anche perché in psichiatria non è alta). Aree problematiche emerse sono: relazioni terapeutiche intense ma brevi e frammentate in quanto i pazienti incontrano molti clinici diversi (potrebbe essere difficile da evitare perché c'è poco staff); implementazione variabile in base alle risorse della zona; integrazione con i CSM non sempre ideale (se mancano i protocolli); atmosfera diversa in ospedale perché ci saranno solo i pazienti più gravi (come i TSO); tensione tra lavoro sulla crisi di breve durata (CRT) e trattamento ospedaliero a casa (HTT). Il SSN e la politica economica inglesi sono molto interessati a questi team: infatti, nel piano quinquennale è specificata anche l'offerta di HTT, l'investimento nei servizi di crisi è aumentato e si spinge affinché anche gli HTT valutino e trattino pazienti ad accesso diretto (ma dibattito continuo su ciò). Le prospettive future potrebbero essere di inserimento di questi team in CSM potenziati oppure potenziamento di questi team con riduzione dei CSM (ma così riduzione degli interventi specifici in altre fasi di malattia) oppure centri di smistamento che poi inviano a questi servizi (ma rischio di maggiore frammentazione) oppure integrazione con MMG con intervento subito dopo la visita.

Alla dimissione dal servizio catalano studiato da Arjona, C.H. et al. (2023), è stato osservato un miglioramento sia nelle sottoscale sia nel punteggio totale di GAF e HoNOS, partendo da una grave compromissione, a dimostrazione del miglioramento in sintomi e funzioni e risoluzione delle crisi (nonostante lo staff limitato che non ha permesso inizialmente la reperibilità 24/7). Dal biennio 2016-2017 al biennio 2018-2019 c'è stato un calo di ricoveri da 375 a 339, anche se servono ulteriori studi che verifichino la relazione causale: l'assenza di ricovero nei pazienti in CRHTT (nello studio solo 6 pazienti su 105, corrispondenti al 5,71%, hanno avuto necessità di ricovero) ha ripercussioni economiche in termini di migliore costo-efficacia. Vantaggi sono quindi la "prevenzione" del ricovero, la maggiore esplorazione dei determinanti sociali, le strategie di coping più applicate al contesto, la relazione più orizzontale e stretta tra paziente e personale (con più condivisione delle decisioni e paziente che si sente più responsabilizzato e capace). Uno svantaggio può essere la difficoltà dell'integrazione del CRHTT nella rete di assistenza per la salute mentale, oltre all'assenza di un modello unico e alla difficoltà nell'analizzare quali sono i fattori più rilevanti del successo dei CRHTT, anche se gli autori ipotizzano che a contribuire al successo del servizio analizzato siano stati: personale esperto in cure psichiatriche acute e comunitarie, collegamento con altri servizi, flessibilità, coinvolgimento degli utenti.

Secondo quanto riportato da Borgermans, L. (2018), Jacob, B. (s.d.) e Service Soins de Santé Psychosociaux (2016) sui servizi in Belgio, la creazione di queste nuove reti di assistenza con la riforma ha portato a riallocare i fondi dai letti ospedalieri alle equipe mobili, senza perdite

per gli ospedali nel breve termine (tale neutralità ha contenuto le proteste) ma anzi ottenendo un risparmio nei costi a lungo termine, visto che il numero di ricoveri è diminuito: le equipe mobili per acuti (CRT) e quelle per malati cronici (ACT) hanno portato insieme a riduzione di 1230 posti letto (seguendo un totale di 13000 pazienti a casa nel 2016). Le persone hanno affermato di apprezzare molto l'opportunità di scelta e di preferire in genere proprio il domicilio. Nonostante gli obiettivi raggiunti di inclusione del paziente nella comunità sociale, rete globale integrata e orientata al recupero e coinvolgimento di utenti e familiari, c'è necessità di ulteriore integrazione per migliorare accessibilità e continuità e, inoltre, c'è molta variazione con difficoltà nel capire quale particolare struttura sia più adatta.

Nel servizio osservato da Corradi-Webster, C.M., et al. (2020) a Trieste, è emerso che, in base ai test post-dimissione (BPRS, GAF, Clinical Global Impressions Scale CGI, Scale to Assess the Therapeutic Relationship for Patients STAR-P, Client Satisfaction Questionnaire CSQ-8), nel primo anno di attività del CSM il 93% dei pazienti è migliorato sui sintomi psicotici e l'81% sul funzionamento generale e c'è stata una riduzione dei TSO fino al 78,8%. Le criticità emerse riguardano la continuità delle cure e la buona comunicazione tra i servizi. Tutti gli studi selezionati da Karlsson, B. et al. (2010) hanno rilevato, nelle stesse aree prese in considerazione, una riduzione dei ricoveri successivi con il servizio CRHT rispetto alla gestione della crisi in SPDC o CSM o rispetto a quando non erano stati implementati i CRHT, con percentuali variabili tra gli studi. Alcuni studi hanno rilevato anche durata inferiore dei ricoveri successivi e preferenze degli utenti per il CRHT. Questi vantaggi aumentano dove c'è effettivamente disponibilità 24/7 del servizio. Uno studio ha evidenziato che, anche se i team CRHT hanno avuto successo nel ridurre i tassi di ammissione, ci sono ancora elementi che necessitano di ulteriori esami come la riduzione dell'ospedalizzazione involontaria e il miglioramento del funzionamento sociale e della qualità della vita. Nessuno studio dimostra che il ricovero possa essere sempre evitabile, suggerendo che il CRHT è un servizio diverso più che un'alternativa territoriale ai ricoveri. In più studi vengono indicati il rischio per sé o altri, la scarsa compliance, l'ideazione suicidaria e precedenti ricoveri come fattori di ricovero nonostante la presenza di CRHT, mentre orari di servizio prolungati, visite frequenti, il ruolo del team, la disponibilità di personale medico, consigli pratici e buoni collegamenti con altri servizi sono fattori che sembrano importanti per il successo del trattamento domiciliare. Per vari studi c'è riduzione dei costi, perché si evitano consultazioni ambulatoriali e interventi psichiatrici in emergenza e/o l'intervento iniziale della polizia e/o l'ospedalizzazione. Pochi studi si sono concentrati sui risultati a livello microscopico per i singoli utenti, ma quei pochi dimostrano riduzione del carico familiare e maggiore soddisfazione di paziente e famiglia

rispetto a ospedale o CSM: rimane, quindi, da sviluppare un questionario di valutazione per i pazienti sul servizio.

Nella sua revisione, condotta per stabilire le caratteristiche migliori dei CRT, Churchard, A. (2015) ha incluso 69 fonti di diversa tipologia, tra cui 16 sul confronto tra CRT e TAU. L'autore riporta che 9 di questi 16 studi hanno dimostrato riduzione del numero di ricoveri, 6 riduzione dei giorni di ricovero a persona (in uno dei quali ridotti solo a 6 settimane ma non a 6 mesi e in un altro ridotti non significativamente) e 3 maggiore soddisfazione degli utenti, mentre solo 2 non hanno riscontrato cambiamenti nella soddisfazione. Le altri fonti incluse, invece, indagavano le caratteristiche che possono rendere il CRT più efficace. L'autore riporta diminuzione dei ricoveri in uno studio che ha confrontato un CRT prima e dopo l'introduzione dello psichiatra nel team (riduzione del 40%), come anche in due indagini nazionali - una inglese e una norvegese - che hanno confrontato team a orari d'ufficio (più ricoveri) con team 24/7 (meno ricoveri), mentre uno studio su un team che ha portato l'orario da 9-17 a 24/7 non ha riscontrato cambiamenti pre/post nel numero di ricoveri. Non è stata riscontrata una diminuzione dei ricoveri nemmeno in altri due studi che hanno confrontato rispettivamente un CRT prima e dopo cambiamenti organizzativi e un CRT in cui la valutazione (HoNOS e soddisfazione del paziente) veniva fatta da uno psichiatra tirocinante con un altro CRT in cui veniva fatta da un infermiere esperto. La disponibilità di intervento 24/7 e la presenza di uno psichiatra nel team comunque sono caratteristiche delineate nelle linee-guida inglesi incluse dall'autore, che indicano come importanti anche formazione di alta qualità del team, team multidisciplinare, ruolo di gatekeeping, nomina di un operatore di riferimento per ogni utente, piani di prevenzione delle ricadute, monitoraggio dell'efficacia del CRT, gestione dei farmaci, posizione centrale del CRT, valutazione rapida e accettazione di segnalazioni da più fonti, politiche di rischio e responsabilità condivise, collaborazione con altri servizi. Infine, gli stakeholders, secondo quanto emerso dalle 24 fonti incluse sulle loro preferenze, condividono molti di questi punti, con l'aggiunta della condivisione puntuale delle informazioni all'interno del team, del tempo di ascolto, dell'aiuto pratico, dello staff "fisso", della continuità delle cure e dei criteri di ammissione chiari.

Tra gli studi inclusi da Cechnicki, A., & Hat, M. (2021) nella loro revisione, 8 confrontavano modelli CRT con altri modelli o con servizi diversi. In 6 di esse (due delle quali revisioni) è stata dimostrata una riduzione dei ricoveri negli utenti seguiti dal CRT rispetto a quelli con TAU: in particolare, uno studio ha riscontrato una riduzione dell'8% e un altro studio su 600 utenti osservati per due anni ha rivelato che l'80% degli utenti seguiti dal CRT ha evitato il ricovero. Uno studio ha dimostrato che la diminuzione dei ricoveri è maggiore nei CRT che

seguono le best practices rispetto a quelli che non lo fanno. In due studi è stata riscontrata anche una riduzione delle ricadute (con ospedalizzazione) entro 30 giorni dalla prima crisi: le ricadute nel gruppo CRT sono 4 volte meno di quelle nel gruppo TAU nello studio sui 600 utenti e la metà in un altro studio. La durata dei ricoveri è ridotta sia in uno studio di confronto tra CRT e TAU (con riduzione del 33% nel primo), sia nello studio tra CRT best practices e CRT di base. La riduzione dei costi è stata dimostrata nelle due revisioni e in un altro studio, mentre in un solo studio non è stata dimostrata. Infine, la soddisfazione degli utenti è stata maggiore nel gruppo CRT rispetto al TAU secondo le due revisioni, mentre lo studio di confronto tra CRT best practices e CRT di base non ha riscontrato differenze in ciò.

### **3.3. Risultati sugli strumenti di valutazione**

Tra gli strumenti raccolti da Janca, A. & Sartorius, N. (1996), due possono rispondere al quesito di ricerca:

- Family Interview Schedule (FIS) sulla percezione della famiglia riguardo al paziente;
- Axis III Checklist, sui fattori contestuali che contribuiscono alla presentazione o al decorso dei disturbi registrati sull'Asse I dell'ICD-10.

Scovino, C. (2019) presenta tre strumenti che si stanno usando nei servizi psichiatrici territoriali:

- Health of Nation Outcome Scale (HoNOS), che indaga area comportamentale, area relativa ai problemi cognitivi, area dei sintomi e area dei problemi sociali;
- Test World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) e rispettiva versione breve, che indaga area della salute fisica, area psicologica, area delle relazioni sociali e area dell'ambiente;
- Mental Health Recovery Star che indaga gestione della propria salute mentale, cura di sé, abilità per la vita quotidiana, reti sociali, lavoro, relazioni personali, dipendenze, responsabilità, identità e autostima, fiducia e speranza.

Dallo studio di Barrowclough, C., et al (2005), emergono due scale utili al quesito di ricerca:

- Five Minutes Speech Sample (FMSS, alternativa più breve della Camberwell Family Interview), sull'emozione espressa;
- Illness Perception Questionnaire for Schizophrenia-Relatives' version (IPQS-R), che indaga le opinioni dei parenti circa: identità (esperienze problematiche per il malato e a cosa le attribuiscono), causa (quanto i fattori elencati sono ritenuti causa del disturbo), linea temporale (acuta o cronica, ciclica o no), conseguenze (per pz e famiglia), controllo personale (del pz e

della famiglia), colpa personale (del pz e della famiglia), controllo del trattamento (cioè convinzione della sua efficacia), coerenza della malattia (cioè comprensione coerente), rappresentazione emotiva (emozioni espresse). Gli autori hanno condotto lo studio per verificare la validità di questo questionario sviluppato in quegli anni e, sottoponendolo a 62 parenti insieme ad altri strumenti di valutazione, hanno concluso che può essere utilizzato per indagare le convinzioni dei parenti sulla schizofrenia, guidando così gli interventi sui familiari. Nella parte sui fattori stressanti del capitolo 19 del Repertorio pubblicato da Conti, L. (1999), l'autore specifica come gli eventi della vita incidano spesso nelle patologie psichiatriche e quanto poco sia facile determinare quali lo fanno di più e quale significato ogni individuo dà loro. Spiega anche che nel tempo sono state create e validate scale apposite di tipo normativo (in cui è stato assegnato ad ogni evento un "peso" derivandolo da studi sulla popolazione generale e su campioni di pazienti psichiatrici) o di tipo soggettivo (in cui è il soggetto ad assegnare l'importanza che ha avuto quell'evento per lui). Nel primo caso, uno strumento diffuso è l'Interview for Recent Life Events (IRLE), su 61 eventi - 63 nella versione italiana - accaduti durante gli ultimi sei mesi (riguardanti lavoro, educazione, problemi economici, salute, lutto, emigrazione, vita sentimentale, problemi legali, relazioni familiari ed area coniugale). Nel secondo caso, uno strumento diffuso è il Life Events Questionnaire (LES), che fa valutare all'utente l'impatto psico-emotivo degli eventi, prendendo anche in considerazione la diversa distanza tra il verificarsi dell'evento e l'insorgenza del disturbo psichiatrico, dando peso diverso. L'autore aggiunge che ci sono anche eventi che possono avere un ruolo protettivo, fino anche a contribuire alla risoluzione di una patologia già in atto: spesso, per esempio, alcuni eventi positivi si verificano tre mesi prima della guarigione di un episodio depressivo o ansioso. Citando Needles e Abramson (1990), riporta infine che, in generale, gli eventi che favoriscono l'aumento di speranza e la possibilità di ricominciare agirebbero di più sulla depressione, mentre quelli che consentono maggiore sicurezza e stabilità agirebbero di più sull'ansia. Nella parte sull'adattamento sociale dello stesso capitolo, l'autore specifica che gli strumenti disponibili: sono lontani dall'essere soddisfacenti, sia per le loro caratteristiche intrinseche sia per le problematiche culturali che sottendono ancora questo settore; sono molto eterogenei tra loro per lunghezza e complessità; danno diverso rilievo alle aree fondamentali del funzionamento sociale, per cui il profilo dell'adattamento dello stesso soggetto può risultare diverso in funzione dello strumento di valutazione impiegato, con possibili ripercussioni sul tipo e sull'efficacia degli interventi. I più diffusi sono: Questionario Socio-Ambientale (QSA), sugli aspetti sociali (ambiente, cultura, condizioni economiche) che possono avere rilevanza in rapporto alla patogenesi ed al mantenimento della patologia psichica e quindi favorire il

disadattamento, ostacolare il reinserimento, precipitare o aggravare la psicopatologia; Personal Resources Inventory (PRI) sulle risorse o i supporti sociali disponibili per il soggetto durante il suo periodo di massimo funzionamento in un ben definito periodo di un anno; Disability Assessment Scale (DAS) - tre versioni italiane - sulle aree di comportamento generale, ruoli sociali presenti in tutte le culture, comportamento in ospedale (se ricovero avvenuto nell'ultimo mese) e possibili fattori modificanti le condizioni di vita, valutati tutti in riferimento all'ultimo mese; Global Assessment of Relational Functioning (GARF scale) - in italiano Scala di Valutazione Globale del Funzionamento Relazionale (VGFR) - sulla risposta della famiglia rispetto ai bisogni dei suoi membri nella soluzione dei problemi di routine, nell'organizzazione e nell'atmosfera emozionale.

Nel Capitolo 20 riguardante la qualità di vita, sono invece presentati strumenti che esplorano le aree delle relazioni socio-familiari: Quality of Life Scale (QLS) su relazioni interpersonali e sistema sociale, ruolo occupazionale, attività di vita quotidiana, funzionamento intrapsichico; Lancashire Quality of Life Profile (LQL) - versione italiana validata dall'Istituto di Psichiatria dell'Università di Verona - su caratteristiche del paziente, benessere generale, lavoro-istruzione, attività del tempo libero, religione, situazione finanziaria, situazione abitativa, situazione legale e sicurezza, relazioni familiari, rapporti sociali, salute e concetto di sé.

Tabella I – Sintesi delle evidenze

Evidenze	Autori
<b>Risultati sui servizi territoriali in generale (cap. 3.1)</b>	
<p>Viene raccomandato di ridurre i ricoveri ospedalieri e gli accessi al PS, rafforzando i servizi comunitari alternativi e la partnership con servizi esterni al SSN, sviluppando anche programmi finora poco diffusi come CRHTT, case di crisi, auto-aiuto e gruppi di utenti. Tutto ciò deve essere declinato nella realtà locale e nazionale, variando in base alle esigenze. Gli obiettivi sono migliorare l'impatto sui pazienti e i loro familiari e adottare interventi più efficaci su funzionamento sociale, autonomia e coping, riducendo al contempo i costi elevati delle ospedalizzazioni eccessive.</p>	<p>-Caldas de Almeida, J.M., et al. (s.d.) [documento scoping review]                      -NICE (2014) [linea-guida]                      -National Health Service (2019b) [piano quinquennale nazionale]</p>
<p>I Day Hospital per acuti, nati negli anni '60 in USA e diffusi in Europa negli anni '70, hanno avuto un declino per scarse evidenze, ma stanno tornando ad essere implementati a causa del sovrappollamento dei reparti e dei crescenti TSO e costi sanitari. Alcune fonti considerate dagli autori riportano maggiore funzionamento sociale con i DH rispetto agli SPDC, altre anche miglioramento dei sintomi e dell'autostima, mentre alcune testimoniano un'efficacia uguale. Viene ritenuto probabile anche il risparmio economico. I DH sono generalmente apprezzati dagli utenti. Possono essere considerati un'alternativa valida, soprattutto se in aggiunta ai servizi CRHTT.</p>	<p>-Caldas de Almeida, J.M., et al.                      -NICE (2014)                      -Hepp, U., &amp; Stulz, N. (2017) [revisione]                      -Karlsson, B., et al. (2010) [rev]                      -Addington, D., et al. (2017) [linea-guida]</p>
<p>Le Case di Crisi sono nate a inizio anni '70 in California e si sono diffuse in diversi Paesi Europei, con crescente implementazione visti i limiti dei DH e l'inadeguatezza dei CRHTT in particolari condizioni. La ricerca di confronto è scarsa per varietà di terminologia e di modelli utilizzati (strutture, organi di gestione, personale), tutti comunque in sinergia con i CRHTT e la rete di servizi di salute mentale. Viene offerto supporto quotidiano 24/7 in ADL, funzionamento sociale, gestione dei farmaci e trasporto per visite sanitarie, cercando di mantenere un clima di normalità con un ambiente simile al domicilio, consentire una facile transizione verso la vita normale post-crisi e ridurre lo stigma. La durata è limitata (spesso 15 giorni) e ci sono criteri di esclusione. Nonostante una fonte (NICE) riporti difficoltà di ricerca per eterogeneità di diagnosi e scarsità di RCT, gli studi descrittivi considerati da essa dimostrano più soddisfazione degli utenti rispetto all'SPDC, mentre un RCT non ha dimostrato benefici. In generale, le Case di Crisi sono utilizzate in aggiunta ai CRHTT, scegliendo in base a preferenze e necessità degli utenti.</p>	<p>-Caldas de Almeida, J.M., et al. (s.d.)                      -NICE (2014)                      -Giacco, D. (2020) [congresso]                      -Hepp, U., &amp; Stulz, N. (2017)                      -Addington, D., et al. (2017)</p>

<p>I CRHTT sono descritti solitamente come equipe mobili disponibili 24/7, con valutazione rapida e interventi a domicilio da personale multidisciplinare, ma questo modello generale è poi declinato in base alla realtà locale. Più autori riportano la mancanza di dati di alta qualità sui CRHTT per difficoltà etiche e pratiche in reclutamento e randomizzazione degli utenti in crisi, ma anche che le prove disponibili reputano tali servizi efficaci e accettabili. Gli studi riportano diversi benefici dei servizi CRHTT rispetto alle cure standard: minore probabilità di essere ricoverati, maggiore soddisfazione riferita dagli utenti, riduzione dei costi, miglioramento clinico e funzionale, migliore QoL. Viene raccomandato di garantire il CRHTT 24/7 come servizio di prima linea, assumendo anche ruolo di gatekeeping, e per consentire la dimissione dagli SPDC.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Caldas de Almeida, J.M., et al. (s.d.)</li> <li>-NICE (2014)</li> <li>-National Health Service (2019)</li> <li>-Giacco, D. (2020)</li> <li>-Karlsson, B., et al. (2010)</li> </ul>
<p><b>Risultati sulle caratteristiche dei CRHTT (cap. 3.2)</b></p>	
<p>In diversi Paesi (soprattutto Inghilterra, Belgio, Trieste, Barcellona), il servizio è caratterizzato da equipe multidisciplinari (14 operatori ogni 150.000 abitanti, compresi infermieri, assistenti sociali, terapeuta occupazionale, psicologi, psichiatri). Tale personale deve essere dotato di conoscenza delle risorse locali e adeguato mix di competenze, quali energia, capacità di lavorare in team e con altri servizi, comprensione delle esigenze degli utenti, coordinamento assistenza, formazione culturale e antirazzista. In Belgio e Inghilterra una delle figure è nominata coordinatore per fare da tramite tra paziente, equipe e altri servizi. Vengono garantite due visite domiciliari al giorno per utente, in progressiva riduzione. Il personale lavora infatti almeno per orari prolungati, meglio ancora se raggiungono lo standard di reperibilità 24/7. Come testimoniato da Giacco, D. non tutti i team riescono a rispettare tutti gli standard consigliati. A Barcellona, l'orario di apertura del CRHTT non è 24/7, ma l'equipe informa settimanalmente i servizi di emergenze e urgenza sugli utenti in carico, che così possono rivolgersi ad essi in caso di necessità fuori orario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-NICE (2014)</li> <li>-Department of Health (2001) [guida all'implementazione]</li> <li>-Giacco, D. (2020)</li> <li>-Dean, C., &amp; Gadd, E.M. (1990) [studio di confronto]</li> <li>-Arjona, C.H., et al. (2023) [studio descrittivo]</li> <li>-Borgermans, L., (2018) + Jacob, B, (s.d.) + WHO (2016) [scoping review]</li> <li>-Corradi-Webster, C.M., et al. (2020) [studio descrittivo]</li> <li>-Karlsson, B., et al. (2010)</li> </ul>
<p>Il servizio dovrebbe disporre di un sistema che permetta un invio diretto da tutti gli altri servizi sanitari e non, compresi servizi di emergenza, sistema di giustizia penale, parenti del soggetto sofferente. In caso di pazienti già conosciuti a CSM o CRHTT, dovrebbe esserci un piano di crisi da seguire se tali utenti si ripresentano. Il team di Barcellona, nel momento in cui è stato implementato tale servizio, è andato a presentarsi ai vari servizi e dare loro i contatti per ottimizzare la collaborazione. A Trieste, i servizi che segnalano l'utente al CRHTT, trasmettono al team anche una relazione con le caratteristiche e condizioni cliniche dell'utente, in modo che lo psichiatra ne valuti l'idoneità. Criteri di inclusione solitamente sono età 16-65 aa, con gravi malattie mentali (schizofrenia, depressione</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Department of Health (2001)</li> <li>-Dean, C., &amp; Gadd, E.M. (1990)</li> <li>-Giacco, D. (2020)</li> <li>-Arjona, C.H., et al. (2023)</li> <li>-Borgermans, L., (2018) + Jacob, B, (s.d.) + WHO (2016)</li> </ul>



<p>maggior, episodio maniacale) in crisi psichiatrica acuta di gravità tale da richiedere ricovero ospedaliero se non ci fosse il CRHTT. Per pazienti particolarmente violenti, con elevato rischio di suicidio, con precedenti TSO, segnalati da agenti di custodia o non complianti potrebbe essere necessario comunque il ricovero ospedaliero. Criteri di esclusione sono spesso disturbi d'ansia lievi, disturbi dell'apprendimento, disturbi di personalità, disturbi organici, abuso di alcol o sostanze, problemi esclusivamente relazionali (tranne Trieste).</p>	<p>-Corradi-Webster, C.M., et al. (2020)</p>
<p>Valutazione completa raccomandata a domicilio entro 1h dalla segnalazione, comprendente: screening per confermare appropriatezza del servizio, salute fisica, bisogni dell'utente e livello di rischio (politica scritta sul livello che il team riesce a gestire), storia personale e familiare, dettagli del problema con fattori precipitanti e risorse. Importante coinvolgere utente e altri soggetti interessati. Valutazione effettuata dall'infermiere, anche tramite scale di valutazione, tra cui HoNOS (Barcellona), BPRS (Trieste), GAF (entrambe).</p>	<p>-Department of Health (2001) -Arjona, C.H., et al. (2023) -Corradi-Webster, C.M., et al. (2020) -Karlsson, B., et al. (2010)</p>
<p>Le visite domiciliari dovrebbero essere almeno due al giorno all'inizio, con interventi raccomandati di: supporto e monitoraggio di recupero e livello di rischio; gestione dell'aspetto farmacologico; assistenza nei problemi pratici; interventi psicologici e sociali; supporto a caregiver e rete socio-familiare; prevenzione delle ricadute e piano di crisi. Si devono garantire anche la possibilità di altre strutture di sollievo (DH, Case di Crisi) e la collaborazione con i servizi di ricovero in caso di ospedalizzazione necessaria, mirando comunque a una dimissione precoce. A Birmingham, spesso gli OSS rimangono per ore per dare l'opportunità ai familiari di uscire; inoltre, l'equipe si riunisce due volte a settimana per capire se e come continuare l'HT o se indirizzare diversamente l'utente. A Trieste, si organizzano incontri regolari per verificare il piano in generale e gli obiettivi a breve termine. Si raccomanda che vengano coinvolti l'utente e i familiari - opportunamente informati - nella pianificazione e redazione di un piano di assistenza mirato e flessibile e nella scelta del responsabile del coordinamento e dei ruoli e responsabilità di ciascuno, coltivando l'alleanza terapeutica per tutta la durata del servizio. In base alla situazione clinica, alla dimissione dal CRHTT l'utente viene trasferito ad altri servizi opportunamente informati su crisi, interventi attuati e assistenza in corso. Anche l'utente deve avere chiari i motivi della crisi e come evitare ricadute con strategie di coping e piano di crisi.</p>	<p>-NICE (2014) -Department of Health (2001) -Dean, C., &amp; Gadd, E.M. (1990) -Arjona, C.H., et al. (2023) -Borgermans, L., (2018) + Jacob, B, (s.d.) + WHO (2016) -Corradi-Webster, C.M., et al. (2020)</p>
<p>Benefici del CRHTT: riduzione dell'occupazione media giornaliera dei letti ospedalieri (soprattutto con reperibilità 24/7); riduzione dei TSO (emerso nello studio a Trieste); maggiore soddisfazione degli utenti che, non temendo il ricovero, rivelano più fedelmente i S/S; risparmio economico (a Birmingham, i soldi risparmiati sono stati usati per aumentare gli infermieri nell'HT); nessuna differenza nella mortalità; miglioramento dei sintomi, del coping e della funzionalità; maggiore esplorazione dei determinanti sociali e</p>	<p>-Dean, C., &amp; Gadd, E.M. (1990) -Giacco, D. (2020) -Arjona, C.H., et al. (2023) -Borgermans, L., (2018) +</p>

<p>relazione più orizzontale e stretta tra paziente e personale (emersi nello studio a Barcellona). In Inghilterra, il SSN e la politica economica raccomandano l'offerta di questi team e investono di più in essi.</p> <p>Svantaggi o aree problematiche del CRHTT: necessità di staff più "fisso" per uno stesso utente (ogni utente vede più persone diverse per una stessa figura professionale); implementazione variabile in base alle risorse della zona; integrazione con CSM o altri servizi non sempre ideale; atmosfera più pesante di ora in SPDC.</p> <p>Per alcuni studi stabilire i fattori più rilevanti del successo dei CRHTT è una sfida, ma altri studi sono riusciti ad analizzarli evidenziando come maggiori benefici si ottengono con, ad esempio, introduzione dello psichiatra nel team, disponibilità 24/7, visite frequenti, consigli pratici, team adeguato, esperto e ben organizzato, buoni collegamenti con altri servizi, coinvolgimento utenti.</p>	<p>Jacob, B, (s.d.) + WHO (2016)</p> <p>-Corradi-Webster, C.M., et al. (2020)</p> <p>-Karlsson, B., et al. (2010)</p> <p>-Churchard, A. (2015) [revis.]</p> <p>-Cechnicki, A., &amp; Hat, M. (2021) [revisione]</p>
<p><b>Risultati sugli strumenti di valutazione del contesto familiare e sociale (cap. 3. 3)</b></p>	
<p>Sono stati considerati validi diversi strumenti di valutazione da diversi autori:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-FIS sulla percezione della famiglia riguardo al paziente</li> <li>-Axis III Checklist, sui fattori contestuali a presentazione e decorso dei disturbi dell'Asse I dell'ICD-10</li> <li>-HoNOS, che indaga anche l'area dei problemi sociali</li> <li>-WHOQOL e rispettiva versione breve, che indagano anche relazioni sociali e ambiente</li> <li>-Mental Health Recovery Star, che indaga vari aspetti sociali</li> <li>-FMSS, sull'emozione espressa (EE)</li> <li>-IPQS-R, sulle convinzioni dei parenti riguardo varie caratteristiche della malattia schizofrenica dell'utente</li> <li>-IRLE e LES, sugli eventi della vita, soprattutto nei mesi precedenti alla malattia</li> <li>-QSA, sugli aspetti sociali</li> <li>-PRI, sulle risorse o i supporti sociali disponibili nel periodo di massimo funzionamento del soggetto</li> <li>-DAS, che indaga anche ruoli sociali e possibili fattori modificanti le condizioni di vita</li> <li>-GARF (VGFR in italiano), sulla risposta della famiglia ai bisogni dei suoi membri in vari aspetti</li> <li>-QLS e LQL, che indagano anche relazioni interpersonali e situazione sociale, occupazionale e finanziaria.</li> </ul>	<p>-Janca, A., &amp; Sartorius, N. (1996) [raccolta dopo revisione]</p> <p>-Scovino, C. (2019) [raccolta dopo revisione]</p> <p>-Barrowclough, C., et al. (2015) [studio trasversale]</p> <p>-Conti, L. (1999) [raccolta dopo revisione]</p>

## **CAPITOLO 4.**

### **DISCUSSIONE E CONCLUSIONE**

#### **4.1. Discussione delle evidenze dalle fonti incluse**

Da tutte le fonti analizzate si evince che, nella situazione attuale di progressivo aumento dell'utilizzo dei posti-letto ospedalieri e con la prospettiva di incremento graduale dell'incidenza dei disturbi psichiatrici, sono stati sviluppati modelli di servizi territoriali anche per la fase più critica.

Per seguire al massimo il paradigma biopsicosociale, infatti, è divenuto necessario avere una piena visione della persona all'interno del suo ambiente socio-familiare, con la possibilità di valutarlo in maniera accurata e intervenire direttamente nei luoghi di vita dell'individuo che affronta il momento di crisi. Con l'obiettivo di unire interventi territoriali e interventi in acuto, si sono sviluppati perciò team a intervento domiciliare per la gestione delle emergenze psichiatriche, tutti con l'obiettivo di garantire la migliore qualità di vita possibile tramite la prossimità dell'intervento. Le linee-guida NICE, per esempio, citano questi team come Crisis Resolution Team e Home Treatment Team e li descrivono come team per episodi acuti di psicosi nel territorio, che lavorano durante e oltre l'orario d'ufficio e che comprendono infermieri, medici psichiatri e altro personale di salute mentale e non. Per gli utenti e le famiglie che preferiscono al contrario una gestione fuori dalla propria casa, sono attive anche "Case di crisi" che costituiscono un'alternativa all'ospedalizzazione (favorendo anche una dimissione precoce) simile all'HTT, con brevi ricoveri che ricreano un ambiente simile alla vita quotidiana e favoriscono i contatti tra il paziente e la sua famiglia durante la degenza. Per i pazienti che non hanno aiuto dai familiari di giorno ma lo hanno di sera e notte, ci sono i Day Hospital (DH) per acuti, che offrono un'intensità di trattamento paragonabile al trattamento ospedaliero per un periodo di tempo limitato (favorendo anche una dimissione precoce) e permettono al paziente di continuare a vivere a casa (Hepp, U. & Stultz, N., 2017). In generale, le evidenze – soprattutto le linee-guida NICE e quelle canadesi – dimostrano come si punta soprattutto ai team domiciliari, con possibilità di rivolgersi alle Case di Crisi o ai Day Hospital in situazioni particolari, come la mancanza dell'aiuto necessario in famiglia o la preferenza degli utenti. La ricerca su questi team è abbastanza limitata perché essi sono stati implementati solo negli ultimi due decenni. Molta della ricerca è costituita da linee-guida e documenti istituzionali, articoli descrittivi e pochi RCT. È emerso che questi team domiciliari si sono sviluppati principalmente

in Inghilterra, dove il National Health Service Plan del 2000 ha imposto l'obbligo di sviluppare il CRT in tutta la Nazione, seguito da ulteriori apporti dalle linee-guida 2001 e ulteriori documenti del Dipartimento della Salute nel 2014 e 2016, come riferito da Burgess, E., et al. (2020); secondo quanto riportato da Giacco, D. al Congresso PSIVE 2020, il Sistema Sanitario Nazionale e la politica economica inglesi sono molto interessati a tale modello, come testimoniano anche l'inserimento nell'attuale piano quinquennale dell'offerta di HTT e l'aumentato investimento per i servizi di crisi. Anche la linea-guida NICE per psicosi e schizofrenia ha raccomandato l'HT come servizio di prima linea per valutazione e trattamento della fase acuta. Rimanendo in Europa, altri Paesi con attenzione a questi team sono:

- la Germania, con la linea guida tedesca S3 sulle terapie psicosociali per le malattie gravi che raccomanda l'HT con massimo livello di raccomandazione ed evidenza;
- la Spagna, che con il documento "Modello di assistenza alternativa al ricovero convenzionale in Catalogna 2019" ha recentemente differenziano l'assistenza domiciliare in 3 diversi livelli di intensità, destinando i team CRHTT all'intensità più alta (mentre in caso di intensità media si attivano soprattutto ACT/ICM e in caso di quella bassa i CSM);
- il Belgio, dove i team CRHTT per le situazioni di crisi acuta sono stati sviluppati all'interno della riforma generale della salute mentale, iniziata nel 2010 con la "Guide vers de meilleurs soins de santé mentale" e che portò anche all'"Innovative practices handbook" nel 2016.

La varietà di documenti pubblicati in diversi Paesi e in diversi anni può giustificare le differenze dei modelli implementati nelle varie regioni, simili per intenti e valori di ispirazione, ma che si discostano in maniera più o meno importante dagli standard auspicabili. La necessità di cercare un modello territoriale comune ha portato alla creazione a livello europeo di "EU-Compass for Action on Mental Health and Well-being 2015-2018" e "Joint Action on Implementation of Best Practices in the area of Mental Health 2021-2024 (JA ImpleMental)" con lo scopo di raccogliere le migliori pratiche in materia di salute mentale (la prima best practice implementata è stata la riforma del Belgio). In sintesi, tra le più recenti e complete linee-guida ci sono il "Position paper providing community-based mental health services" del 2018 (all'interno del EU-Compass sopracitato), che offre modelli per i servizi comunitari, e l'"Innovative practices handbook" del 2016, che offre modelli in particolare di CRT e ACT. Nonostante questi tentativi, sono ancora presenti differenze di implementazione e di caratteristiche, anche perché nei vari documenti continuano ad essere indicati un modello e dei principi generali, da declinare poi nelle realtà locali. Alcuni studi che hanno analizzato i benefici dei modelli più aderenti alle best practices rispetto a quelli meno aderenti hanno dimostrato che in molti aspetti i primi sono migliori dei secondi, mentre in altri aspetti non c'è

differenza. Tutte le fonti comunque hanno dimostrato molti benefici anche nei modelli meno aderenti quando confrontati con altri servizi territoriali non specifici o con il solo reparto ospedaliero. Il modello generale consigliato nelle diverse linee-guida prevede soprattutto: equipe multidisciplinare esperta o opportunamente formata e in costante dialogo, visite domiciliari giornaliere, valutazione rapida e ruolo di gatekeeping, disponibilità 24/7, continuità delle cure con gli altri servizi, supporto alla famiglia. Dalla testimonianza di Giacco, D. (2020) e dai dati delle revisioni e di alcuni studi descrittivi su singoli team, gli aspetti più difficili da adeguare agli standard sono i primi elencati. Ad esempio, la reperibilità 24/7 non è sempre raggiunta in Inghilterra (aderenza del 40% secondo Giacco, D.), come non lo è nel team di Barcellona presentato nel 2023 da Arjona, C.H., et al. (ma per garantire il giusto supporto anche in caso di necessità fuori orario il team informa settimanalmente i servizi di emergenza e urgenza riguardo gli utenti in carico, che così possono rivolgersi ad essi) e non lo è nemmeno a Trieste (ma gli orari prolungati si avvicinano molto a tale standard). La multidisciplinarietà del team è, invece, garantita ovunque, anche se ogni team copre una vastità di popolazione diversa e ha nel proprio organico figure professionali leggermente diverse richiedendo loro competenze leggermente diverse. L'accesso diretto sembra non pienamente raggiunto solo a Trieste, mentre i criteri di inclusione ed esclusione variano per ogni team - pur con qualche punto in comune - e la stessa cosa si può dire degli interventi (particolarmente interessante la disponibilità, nel team di Birmingham, di un OSS in casa per più ore cosicché i familiari possano uscire). Per garantire una presa in carico efficace e completa e in accordo con il paradigma biopsicosociale, di fondamentale importanza è la fase della valutazione che dovrebbe poter valutare la situazione clinica dell'utente, ma anche gli ostacoli ambientali/familiari al suo benessere e le risorse esterne a lui su cui può fare affidamento. Il contesto domiciliare è, quindi, l'ideale setting in cui avere le informazioni più complete, eppure è la fase su cui ci sono meno dati dalla ricerca sui CRHTT e vengono citati solo 3 strumenti di valutazione (HoNOS a Barcellona, BPRS a Trieste, GAF in entrambe), mentre il resto dei pochi dati descrive le variabili che si vanno ad analizzare. Il secondo quesito di ricerca approfondisce proprio questo aspetto, con sole 4 fonti che però descrivono brevemente una serie di strumenti adatti allo scopo, permettendo di selezionare gli strumenti che meglio analizzano le influenze della famiglia e del contesto sulla salute del soggetto, sia in positivo che in negativo. Particolarmente interessanti sono le scale riguardanti le convinzioni dei familiari sulla malattia dell'utente e la loro risposta ad essa (che si possono raggruppare sotto la definizione di "Emozioni Espresso", ovvero il clima che il paziente vive nei suoi ambienti di vita). Dalla ricerca sono state escluse le scale usate unicamente in ospedale: quindi, sono tutte utilizzabili

anche nel territorio e, nonostante per quasi nessuna di esse sia specificato se sono per il domicilio, si può giungere alla conclusione che siano idonee a tale setting, anzi, considerando le variabili che vanno ad esplorare, probabilmente il domicilio è il luogo più ideale in cui utilizzarle.

In sintesi, si può concludere che tali servizi sono vantaggiosi sia a livello macroscopico per il SSN e la comunità (minori ospedalizzazioni e ricadute, dimissione precoce, minore stigma, minori costi) sia a livello microscopico per il singolo utente (maggiore soddisfazione, maggiore miglioramento funzionale e relazionale, valutazione più completa soprattutto utilizzando le corrette scale di valutazione proposte). Nonostante in alcuni aspetti non ci siano abbastanza evidenze e nonostante in altri aspetti non siano stati dimostrati miglioramenti rispetto al TAU, la ridotta spesa economica testimoniata da tutte le fonti può essere sufficiente per incentivare lo spostamento dell'organizzazione territoriale verso tali servizi, che più di tutti gli altri rispecchiano le raccomandazioni generali e le azioni proposte nell'obiettivo 2 del "Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030" (WHO & Member States, 2021), quali: prossimità delle cure, qualità dell'assistenza, integrazione e continuità delle cure, paradigma biopsicosociale, approccio alla *recovery*, collaborazione reciproca con utenti e famiglie (verifica della loro comprensione, coinvolgimento degli utenti nella valutazione e riorganizzazione dei servizi, ex-utenti come *peer supporter*).

Per quanto riguarda l'Italia, la ricerca su questo tema è molto limitata, in quanto la fase acuta è ancora legata al modello di cure ospedaliero (con ricovero in SPDC o al massimo gestione in CSM), nonostante nel Documento sui Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) del 2014 venga menzionato il domicilio come possibile setting assistenziale anche in acuto.

L'unica eccezione - presente, infatti, nella ricerca - è Trieste, città simbolo della riforma psichiatrica italiana in cui anche il modello di cure è più territoriale, con un CSM 24h che offre anche un piccolo numero di posti-letto per affrontare qualche notte in acuto senza ricorrere al ricovero. In questa cornice, si è sviluppato quindi anche l'Home Crisis Attention Team, che, da quanto descritto da Corradi-Webster, C.M., et al. (2020), sembra avere poco da invidiare agli altri team europei, in ogni fase della presa in carico. Da quanto riportato nello stesso articolo, punti non ancora pienamente raggiunti sono la continuità delle cure, la buona comunicazione tra i servizi e l'accesso diretto dall'utente stesso, ma si cerca di limare questa mancanza con l'invio al team, da parte dei vari SPDC/CSM/118/PS che fanno le segnalazioni, di una relazione dettagliata con le caratteristiche e le condizioni cliniche del paziente, in modo che lo psichiatra riesca a valutare l'idoneità per tale servizio domiciliare entro due giorni

(periodo in cui l'utente, se necessario, potrà appunto stare nei letti del CSM senza essere ricoverato in ospedale).

Come emerso dal Congresso del 2020 della Società Italiana di Psichiatria della sezione Veneta (PSIVE) sulle emergenze psichiatriche, in Veneto la gestione territoriale delle emergenze psichiatriche è una questione ancora aperta. Il Congresso è una testimonianza della voglia di migliorare la situazione: tra i temi affrontati è stato anche descritto il modello inglese dei CRT da un esperto residente in Inghilterra (Giacco, D.) ed è stata l'occasione per ribadire che in Italia, con la recente eccezione di Trieste, manca la specificità dell'intervento, in quanto esistono equipe territoriali che arrivano a interventi con la stessa funzione e operativamente simili, ma che non sono strutturati così bene. Al termine di questo lavoro di tesi, è stato organizzato un incontro con un esperto dell'organizzazione della salute mentale del Veneto per confrontarsi su quanto emerso dalla ricerca in rapporto alla situazione locale: ha confermato che alcune equipe del territorio attuano interventi domiciliari in acuto con l'obiettivo di evitare recidive ed ospedalizzazioni, cercando di rispondere ai bisogni degli utenti in carico anche negli ambienti di vita, ma ciò non avviene tramite un servizio strutturato come quello della letteratura presa in considerazione, bensì come una delle modalità di intervento previste all'interno del PTI dell'utente, stilato dalla sua equipe multidisciplinare del CSM e dal Case Manager di riferimento in accordo con l'utente stesso. È probabile che anche in altre realtà italiane ci sia una situazione simile, ma ciò dipende molto anche dalla cultura degli operatori e dei vertici organizzativi del settore, considerando la disomogeneità dei modelli adottati nei vari DSM: quelli con modello territoriale e CSM 24h, quelli con modello ancora molto ospedaliero, quelli con PTI e case manager molto adottati e quelli no... Restano dunque da indagare le altre realtà italiane per avere un quadro più preciso della situazione.

## **4.2. Conclusione**

Dai dati emersi, i team di risoluzione delle crisi risultano una valida soluzione per risolvere il problema delle eccessive ospedalizzazioni - e dei loro effetti negativi - e per avvicinarsi alla gestione sempre più territoriale che il paradigma biopsicosociale e la deistituzionalizzazione richiedono; questo vale anche quando i modelli declinati nelle realtà locali sono meno aderenti agli standard consigliati. Case di Crisi e Day Hospital per acuti sono validi servizi di supporto, quando necessario o preferito dagli utenti. Infine, sono stati trovati diversi strumenti di valutazione utili per indagare le componenti socio-familiari possibili complici della crisi dell'utente, di particolare rilevanza quelle sulle Emozioni Espresse.

Probabilmente, come emerso anche dal colloquio con gli esperti, questo modello specifico di servizio risulta ancora lontano dal poter essere implementato in Italia (con l'eccezione di Trieste), ma un aspetto positivo è che vengono fatti anche qui interventi in acuto negli ambienti di vita del soggetto sofferente, quindi può essere utile continuare a monitorare la diffusione di tali servizi negli altri Paesi, perché non si può escludere un futuro sviluppo anche nel territorio italiano (come avvenuto recentemente in Belgio e descritto in *Fédéral Santé Publique*, 2010): importante è ricordare che i servizi di salute mentale dovrebbero essere dinamici per insita natura, riuscendo a mutare per adattarsi ai diversi bisogni della popolazione nei diversi periodi.

#### **4.2.1. Punti di forza e di debolezza della ricerca, implicazioni per pratica e ricerca**

Debolezze di questa ricerca: ricerca limitata dall'implementazione abbastanza recente e non diffusissima, più fonti istituzionali (tra cui alcune non recenti) e meno articoli scientifici, pochi RCT (tutti all'interno delle revisioni), pochi studi sul rapporto di causalità tra utilizzo dei servizi CRT e riduzione dei ricoveri, poche evidenze sulle caratteristiche dei CRT che li rendono più efficaci, pochi dati in Italia.

Punti di forza: questo lavoro dà una visione globale sui servizi territoriali in acuto, confrontando tra teoria delle proposte istituzionali e pratica della realtà clinica presentata negli articoli scientifici. Elenca e propone scale di valutazione per il contesto socio-familiare adattabili anche al servizio CRT. Presenta e affronta un tema ancora lontano dalla realtà italiana e quindi poco conosciuto (eccezione Trieste). Per questo lavoro c'è stato un confronto con un CSM del Veneto, al fine di capire l'effettiva attuabilità di tale modello alla luce della situazione organizzativa e culturale del nostro territorio.

Implicazioni per la pratica e la ricerca: i dati emersi da questo lavoro di tesi possono fungere da spunto per migliorare alcune caratteristiche dei servizi italiani, ma è necessario una maggiore ricerca su tali team (caratteristiche ottimali, rapporto di causalità con i risultati) e un maggiore confronto con il resto delle realtà locali presenti in Italia.



## BIBLIOGRAFIA

- Addington, D., Anderson, E., Kelly, M., Lesage, A., & Summerville, C. (2017). Canadian Practice Guidelines for Comprehensive Community Treatment for Schizophrenia and Schizophrenia Spectrum Disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(9), 662–672. <https://doi.org/10.1177/0706743717719900>
- Alevanti, E. (2020). *Mental Healthcare Reform in Belgium: A qualitative study with mobile teams* [Tesi di dottorato, Faculty of Health, Education and Life Sciences Birmingham City University]. <https://www.open-access.bcu.ac.uk/12383/1/Eleni%20Alevanti%20Thesis%20eSubmission.pdf>
- Arjona, C.H., Díaz, A.C., Martínez, M.B., Tintó, A.L., & Vázquez, I.D. (2023). Accompanying mental health problems at home: Preliminary data from a crisis resolution and home treatment team in Catalonia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 30(5), 974–982. <https://doi.org/10.1111/jpm.12918>
- Barrowclough, C., Jones, S., & Lobban, F. (2005). Assessing cognitive representations of mental health problems. II. The illness perception questionnaire for schizophrenia: Relatives' version. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 163–179. <https://doi.org/10.1348/014466504X19785>
- Bebbington, P., Bindman, J., Cotton, M.-A., Houlst, J., Johnson, S., McKenzie, N., Nolan, F., Pilling, S., Sandor, A., Thornicroft, G., & White, I.R. (2007). An investigation of factors associated with psychiatric hospital admission despite the presence of crisis resolution teams. *BMC Psychiatry*, 7(1), 52. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-7-52>
- Beecham, J., Knapp, M., Matosevic, T., McDaid, D., & Smith, M. (2010). The economic consequences of deinstitutionalisation of mental health services: Lessons from a systematic review of European experience. *Health and social care in the community*, 19(2), 113–125. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00969.x>
- Biscaglia, L., Bracco, R., Gaddini, A., Girolamo, G. de, Miglio, R., Norcio, B., Rossi, E., Rucci, P., & Santone, G. (2008). Focus on Mental Health Care Reforms in Europe: A One-Day Census of Acute Psychiatric Inpatient Facilities in Italy: Findings From the PROGRES-

- Acute Project. *Psychiatric Services*, 59(7), 722–724.  
<https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.7.722>
- Boca, B., Ferla, M.T., Mittino, F., & Morelli, S. (2013). Urgenza in psichiatria. *Psichiatria online Italia*. <http://www.psychiatryonline.it/node/1157>
- Borgermans, L., Jacob, B., Coture, M., & Bock, P.D. (2018). Multisectoral mental health networks in Belgium: An example of successful mental health reform through. *JA ImpleMENTAL*. [https://implemental.files.wordpress.com/2022/03/who-euro-2018-good-practice-brief\\_multisectoral-mh-networks-in-be.pdf](https://implemental.files.wordpress.com/2022/03/who-euro-2018-good-practice-brief_multisectoral-mh-networks-in-be.pdf)
- Burgess, E., Churchard, A., Davidson, M., Frerichs, J., Fullarton, K., Goater, N., Gray, R., Henderson, C., Hindle, D., Johnson, S., Kelly, K., Lamb, D., Lloyd-Evans, B., Mason, O., Milton, A., Nolan, F., Osborn, D., Paterson, B., Pilling, S., ... Sullivan, S.A. (2020). Crisis resolution and home treatment in the UK: A survey of model fidelity using a novel review methodology. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(2), 187–201. <https://doi.org/10.1111/inm.12658>
- Burti, L. (2001). Italian psychiatric reform 20 plus years after. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(s410), 41–46. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.1040s2041.x>
- Caldas de Almeida, J.M., Keet, R., Killaspy, H., McPherson, P., & Samele, C. (s.d.). *Providing community-based mental health services position paper*. Eu compass for action on mental health and well-being. Recuperato 25 settembre 2023, da [https://health.ec.europa.eu/system/files/2018-02/2018\\_compass\\_positionpaper\\_en\\_0.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2018-02/2018_compass_positionpaper_en_0.pdf)
- Castelletti, L., Di Lorito, C., Gualco, B., Lega, I., Scarpa, F., & Völlm, B. (2017). The closing of forensic psychiatric hospitals in Italy: Determinants, current status and future perspectives. A scoping review. *International Journal of Law and Psychiatry*, 55, 54–63. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.10.004>
- Cechnicki, A., & Hat, M. (2021). Efficacy of home treatment of patients with mental disorders – a research review. *Postepy Psychiatrii i Neurologii*, 30(1), 21–36. <https://doi.org/10.5114/ppn.2021.106817>
- Churchard, A., Fitzgerald, C., Fullarton, K., Johnson, S., Lloyd-Evans, B., Mosse, L., Paterson, B., Wheeler, C., & Zugaro, C.G. (2015). Implementation of the Crisis Resolution Team

- model in adult mental health settings: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 15, 74. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0441-x>
- Coldefy, M. (2012). *The Evolution of Psychiatric Care Systems in Germany, England, France and Italy: Similarities and Differences*. <https://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/IrdesPublications/QES180.pdf>
- Conferenza Unificata delle Regioni. (2013). *Le strutture residenziali psichiatriche*. Ministero della Salute. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2460\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2460_allegato.pdf)
- Conferenza Unificata delle Regioni. (2014). *Definizione dei percorsi di cura da attivare nei dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità*. Ministero della Salute. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2461\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2461_allegato.pdf)
- Conti, L. (1999). *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria* (Vol. 1). SEE EDITORE. <http://www.psychiatryonline.it/scale-di-valutazione>
- Corradi-Webster, C.M., Goljevscek, S., & Sade, R.M.S. (2020). Intensive home support for mental health crises: Experience of the Trieste territorial crises team, in Italy. *Saúde e Sociedade*, 29. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902020190831>
- Dean, C., & Gadd, E.M. (1990). Home treatment for acute psychiatric illness. *British Medical Journal*, 301(6759), 1021–1023. <https://doi.org/10.1136/bmj.301.6759.1021>
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008. Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria., (2008). <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2008/05/30/08A03777/sg>
- Decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52. Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari., 52, 14G00066 (2014). <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legge:2014-03-31;52~art1>
- Deliberazione della giunta regionale, n. 651 del 09 marzo 2010 Progetto Obiettivo Regionale per la Tutela della Salute Mentale—Triennio 2010-2012: (L.R. n. 5/1996, DGR n. 105/CR del 14/07/2009), 651 (2010). <http://bur.regione.veneto.it/BurVServices/Pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=223066>

- Department of Health. (2001). *The mental health policy implementation guide*. Department of Health. <http://intensivehometreatment.com/wp-content/uploads/2010/10/Mental-health-policy-implementation-guide-department-of-health-2001.pdf>
- Department of Health and Social Care. (1999). *National service framework: Mental health*. GOV.UK. <https://www.gov.uk/government/publications/quality-standards-for-mental-health-services>
- Department of Health and Social Care. (2014). *Achieving Better Access to Mental Health Services* by 2020. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/361648/mental-health-access.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/361648/mental-health-access.pdf)
- Dipartimento di salute mentale. (2020). *Manuale operativo del CSM 24 ore*. Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina. [https://asugi.sanita.fvg.it/export/sites/aas1/it/documenti/all\\_dat/mat\\_info/dsm\\_manual\\_e\\_operativo\\_01.pdf](https://asugi.sanita.fvg.it/export/sites/aas1/it/documenti/all_dat/mat_info/dsm_manual_e_operativo_01.pdf)
- Fédéral Santé Publique. (2010). *Guide vers de meilleurs soins de santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins [Guide to better mental health care through care circuits and care networks]*. [https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/interministeriele\\_conferentie\\_volksgezondheid-fr/2010\\_04\\_26\\_guide\\_-\\_bxl\\_fr.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/interministeriele_conferentie_volksgezondheid-fr/2010_04_26_guide_-_bxl_fr.pdf)
- Giacco, D. (2020, dicembre 3). *Gestire la crisi sul territorio: Il ruolo dei “crisis resolution teams” e “home treatment teams” e loro nuovi sviluppi in Inghilterra*. In La gestione delle urgenze psichiatriche. Problemi irrisolti e possibili soluzioni in un sistema sanitario che cambia. [Intervento in conferenza zoom]. Società Italiana di Psichiatria Sezione Veneto, congresso annuale, Veneto, Italia. <https://www.youtube.com/watch?v=6pJvp7OwZFs>
- Hangan, C. (2006). Introduction of an intensive case management style of delivery for a new mental health service. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15(3), 157–162. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2006.00397.x>
- Hepp, U., & Stulz, N. (2017). „Home treatment“ für Menschen mit akuten psychischen Erkrankungen [Home treatment for people with psychiatric illness]. *Der Nervenarzt*, 88(9), 983–988. <https://doi.org/10.1007/s00115-017-0355-6>

- Ito, J., Oshima, I., & Sono, T. (2008). Family needs and related factors in caring for a family member with mental illness: Adopting assertive community treatment in Japan where family caregivers play a large role in community care. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(5), 584–590. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2008.01852.x>
- Jacob, B. (s.d.). *Mental health care delivery system reform in Belgium* [Poster power point]. Recuperato 20 settembre 2023, da [https://implemental.files.wordpress.com/2022/03/poster\\_belgian-mh-services-reform.pdf](https://implemental.files.wordpress.com/2022/03/poster_belgian-mh-services-reform.pdf)
- Janca, A., & Sartorius, N. (1996). Psychiatric assessment instruments developed by the World Health Organization. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 31(2), 55–69. <https://doi.org/10.1007/BF00801901>
- Karlsson, B., Kim, H.S., & Sjølie, H. (2010). Crisis resolution and home treatment: Structure, process, and outcome – a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(10), 881–892. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01621.x>
- Legge 14 febbraio 1904, n. 36. Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati, 36, 004U0036 (1904). [https://cartedalegare.cultura.gov.it/fileadmin/redazione/Materiali/Legge\\_14\\_febbraio\\_1904.pdf](https://cartedalegare.cultura.gov.it/fileadmin/redazione/Materiali/Legge_14_febbraio_1904.pdf)
- Legge 18 marzo 1968, n. 431. Provvidenze per l'assistenza psichiatrica., 431. Recuperato 2 ottobre 2023, da <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1968/04/20/068U0431/sg>
- Legge 13 maggio 1978, n. 180. Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori., 180 (1978). <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/05/16/078U0180/sg>
- Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Istituzione del servizio sanitario nazionale., 833 (1978). <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/12/28/078U0833/sg>
- Melani, G. (2014). La riforma del manicomio e la nascita dell'OPG. In *La funzione dell'OPG*. Pacini Giuridica Editore. <http://www.adir.unifi.it/rivista/2014/melani/cap3.htm>
- Ministero della Salute. (1999). *Progetto obiettivo «tutela della salute mentale»*. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_558\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_558_allegato.pdf)
- Ministero della Salute. (2006a). *Piano sanitario nazionale 2006-2008*. [https://ape.agenas.it/documenti/Normativa/PSN\\_2006-08.pdf](https://ape.agenas.it/documenti/Normativa/PSN_2006-08.pdf)

- Ministero della Salute. (2021). *Tavolo tecnico salute mentale. Documento di sintesi*.  
[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3084\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3084_allegato.pdf)
- Ministero della Salute. (2006b, aggiornato nel 2022). *Attività in ambito nazionale* [Sito istituzionale]. Ministero della Salute.  
<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=175&area=salute%20mentale&menu=azioni>
- Ministero della Salute. (2011, aggiornato nel 2023). *La rete dei servizi per la salute mentale* [Sito istituzionale]. Ministero della Salute.  
<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=vuoto>
- Ministero della Salute & Gruppo tecnico interregionale della salute mentale. (2013). *Piano di azioni nazionale per la salute mentale*. Conferenza unificata.  
[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1905\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1905_allegato.pdf)
- National Health Service England. (2019a). Chapter 1: A new service model for the 21st century. In *Online version of the NHS Long Term Plan*. National Health Service England.  
<https://www.longtermplan.nhs.uk/online-version/chapter-1-a-new-service-model-for-the-21st-century/>
- National health service England. (2019b). *NHS Mental Health Implementation Plan 2019/20 – 2023/24*. National health service. <https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/07/nhs-mental-health-implementation-plan-2019-20-2023-24.pdf>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014a). *Psychosis and schizophrenia in adults: Prevention and management*. NICE.  
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/chapter/Recommendations>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014b). Teams and service-level interventions. In *Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management: Updated Edition 2014*. National Institute for Health and Care Excellence (UK).  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK333011/>
- National Health Service England & National Health Service Improvement. (2019). *NHS Long Term Plan Implementation Framework*. National Health Service England.

<https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/06/long-term-plan-implementation-framework-v1.pdf>

Nocelli, L. (2023). *La legge Basaglia chiuse i manicomi 45 anni fa. Cos'è cambiato da allora.* [Testata giornalistica]. LifeGate Daily. <https://www.lifegate.it/legge-basaglia-45-anni-manicomi>

Norcio, B. (2008). *Crisi ed emergenze in psichiatria* [Power point per corso di formazione]. [http://www.aslcagliari.it/documenti/8\\_35\\_20080716100139.pdf](http://www.aslcagliari.it/documenti/8_35_20080716100139.pdf)

Peloso, P.F. (2021, luglio 4). A proposito del concetto di presa in carico. L'intervento alla Conferenza nazionale. [Rubrica in Psychiatry Online Italia]. *Pensieri sparsi. Tra psichiatria, impegno civile e suggestioni culturali.* <http://www.psychiatryonline.it/node/9204>

Scovino, C. (2019, ottobre 27). La valutazione in psichiatria: Una sfida e un'opportunità. *Nurse24.it.* <https://www.nurse24.it/studenti/scale-di-valutazione/la-valutazione-in-psichiatria-una-sfida-e-un-opportunita.html>

Service Soins de Santé Psychosociaux. (2016). *Innovative practices handbook.* [https://www.innopsy107.be/images/Pdf/Guide\\_EN.pdf](https://www.innopsy107.be/images/Pdf/Guide_EN.pdf)

Società Italiana di Psichiatria Sezione Veneto (2020, dicembre 3). *La gestione delle urgenze psichiatriche. Problemi irrisolti e possibili soluzioni in un sistema sanitario che cambia.* [Intervento in conferenza zoom]. Società Italiana di Psichiatria Sezione Veneto, congresso annuale, Veneto, Italia. [http://www.psive.it/congresso\\_psive\\_2020.html](http://www.psive.it/congresso_psive_2020.html)

The Mental Health Taskforce. (2016). *The Five Year Forward View for Mental Health.* National Health Service England. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/02/Mental-Health-Taskforce-FYFV-final.pdf>

Toresini, L. (2008). *Dalla legge Mariotti a Basaglia.* [https://storiaeregione.eu/attachment/get/up\\_89\\_16520956910753.pdf](https://storiaeregione.eu/attachment/get/up_89_16520956910753.pdf)

World Health Organization & Member States. (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013-2030.* World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345301/9789240031029-eng.pdf?sequence=1>





## ALLEGATI

Allegato 1 –Descrizione di contenuti e risultati delle fonti selezionate

Titolo fonte (anno), autore, rivista/sito	Tipo di studio	Descrizione dello studio nel totale. Specifica delle parti incluse nella revisione e dei motivi di tale inclusione
<p>“Position paper providing community-based mental health services” (s.d.)</p> <p>Caldas de Almeida, J.M., et al.</p> <p><i>EU Compass for Action on Mental Health and Well-Being</i></p>	<p><i>Scoping review</i></p>	<p><u>Obiettivi</u>: fornire esempi di adattamento dei modelli di servizi che si sono evoluti per rispondere alle influenze del contesto e sintetizzare ciò che si sa sugli approcci più efficaci per l’assistenza alle persone con disturbi di salute mentale, soprattutto a livello europeo.</p> <p><u>Metodi</u>: I dati presentati in questo rapporto provengono da diverse fonti: un'indagine tra gli Stati membri dall’EU Compass for Action on Mental Health and Well-being; un'analisi della letteratura, condotta nel 2017, su articoli di ricerca che analizzano sistemi di assistenza comunitaria, modelli di cura e interventi, risultati per gli utenti e rapporto costo-efficacia; pubblicazioni del team di ricerca ed evidenza sulla salute mentale dell'OMS.</p> <p><u>Risultati</u>: dai dati recuperati è stata fornita una revisione critica e aggiornata delle evidenze, compresi principi e raccomandazioni, riguardanti in particolare miglioramento della qualità delle unità di degenza, sviluppo di equipe comunitarie sempre più specializzate, sviluppo di assistenza psicosociale e crescente partecipazione di pazienti e famiglie anche nel miglioramento di politiche e servizi. Sono stati presentati anche i facilitatori e le barriere a queste attuazioni e, infine, sono stati descritti le più recenti pratiche innovative in diversi Paesi.</p> <p>Di interesse per la revisione è soprattutto il cap. 3.3.</p>
<p>“Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management: update edition 2014” (2014)</p>	<p>Linea-guida</p>	<p><u>Obiettivi</u>: aggiornare le linee-guida 2002 e 2009</p> <p><u>Metodi</u>: il gruppo di sviluppo per questa linea guida (GDG), dopo lavoro di revisione, ha presentato e analizzato le maggiori evidenze sul trattamento e la gestione degli adulti con schizofrenia o altre psicosi, soprattutto RCT ma non solo, sia nel Regno Unito che altrove.</p> <p><u>Risultati</u>: il GDG ha aggiornato le raccomandazioni</p> <p><u>In particolare</u>, il capitolo 12 è incentrato sui team e gli interventi a livello di servizi, suddividendo gli argomenti in:</p> <p>-12.2: interfaccia con i servizi di cura primaria</p>

<p>National Institute for Health and Care Excellence</p> <p><i>National Institute for Health and Care Excellence(NICE), [disponibile in National Center for Biotechnology Information (NCBI)-sezione books]</i></p>		<p>-12.3: servizi per fasi non-acute, comprendenti servizi di intervento precoce (EIS), CSM (CMHT), ICM e ACT (questi team talvolta intervengono anche in crisi acute)</p> <p>-12.4: alternative al ricovero ospedaliero per acuti, quali CRHTT, Day Hospital per acuti e Case di Crisi</p> <p>Per quanto riguarda la gestione territoriale dei pazienti in crisi acuta, il GDG: raccomanda disponibilità di CRHTT come punto di riferimento unico per tutte le cure per acuto (con ruolo di gatekeeping); reputa i DH un’alternativa selettiva generalmente preferita (non ci sono motivi per credere che tali servizi non possano fornire gli interventi terapeutici basati sulle evidenze); reputa le Case di Crisi una possibile scelta alternativa se preferita dal paziente (anche se i dati ricercati sono stati considerati inconcludenti); sottolinea l’importanza dell’interfaccia tra cure acute e non acute nella comunità e dei resoconti dei pazienti sulla propria esperienza.</p> <p>Le raccomandazioni di riferimento per questa revisione sono le “Raccomandazioni 1.4: Episodi acuti successivi di psicosi o di schizofrenia e invio in crisi”</p>
<p>“The Mental Health Policy Implementation Guide” (2001)</p> <p>Department of Health</p> <p><i>Department of Health</i></p>	<p>Linea-guida</p>	<p><u>Obiettivi</u>: questa guida inglese è stata pensata per aiutare l’implementazione dei servizi di salute mentale a livello locale.</p> <p><u>Struttura</u>: la prima parte specifica i tre nuovi modelli di servizio, cioè risoluzione delle crisi, assistenza assertiva e intervento precoce nei primi episodi psicotici, specificando di ognuno popolazione target, obiettivi, azioni, relazione con altri servizi, procedure operative, riferimenti per ulteriori prove. Seguono sezioni sulla politica per la salute mentale nelle cure primarie e il quadro di riferimento per la promozione della salute mentale, oltre alle linee guida e migliori pratiche per l’implementazione locale ponendo attenzione a comprendere i bisogni locali. L’ultima parte riguarda i sistemi e le strategie di base, sempre considerando linee-guida e migliori pratiche.</p> <p>Per questa revisione, particolare rilievo ha il capitolo 3 sui team di risoluzione delle crisi e le parti degli altri servizi con riferimenti a interventi territoriali in fase acuta.</p>
<p>“NHS Mental Health Plan 2019/2020-2023/2024” (2019b)</p>	<p>Documento istituzionale (piano quinquennale)</p>	<p><u>Obiettivo</u>: aiutare l’attuazione locale degli impegni fissati in altri documenti, soprattutto il NHS Long Term Plan e il Five Year Forward View for Mental Health, per trasformare i servizi di salute mentale in modo da garantire accesso a tutti gli utenti che ne hanno bisogno.</p> <p><u>Metodo</u>: sono stati analizzati i vari documenti e dati per dare indicazioni pratiche ai sistemi locali, collaborando con persone con esperienza nel sistema di assistenza per la salute mentale, quali personale dedicato, pazienti, familiari, caregiver e servizi di volontariato.</p>

<p>National Health Service</p> <p><i>National Health Service</i></p>		<p><u>Risultati</u>: sono state fornite informazioni sui finanziamenti, sulle attività di trasformazione e sul numero della forza lavoro. Sono stati delineati i progetti di responsabilità nazionale e quelli invece che i livelli locali devono adattare secondo i propri ritmi e bisogni. Sono inoltre fornite informazioni su ciò che il NHS farà per sostenere i sistemi locali nel migliorare l'accesso a cure di alta qualità.</p> <p>La sezione 2 in particolare esplora servizi per popolazioni con bisogni specifici, tra cui quelli per assistenza e collegamento in caso di crisi acuta, di interesse per la revisione.</p>
<p>"Canadian practice guidelines for Comprehensive Community Treatment for schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders" (2017)</p> <p>Addington, D. et al</p> <p><i>The Canadian Journal of Psychiatry</i></p>	<p>Linea-guida</p>	<p><u>Obiettivi</u>: creare una linea-guida nazionale per i disturbi schizofrenici in Canada, visto che non esistevano politiche chiare e standard bensì solo una strategia nazionale adottata diversamente nelle province.</p> <p><u>Metodi</u>: un gruppo multidisciplinare nazionale ha recuperato, attraverso il metodo ADAPTE, le linee-guida esistenti nel mondo, che sono state poi analizzate mediante lo strumento AGREE e nella Consensus Development Conference. Ogni linea-guida è stata poi adattata alla situazione canadese, creando una bozza revisionata dagli stakeholders (esperti in schizofrenia e patologie di salute mentale, produttori politici, amministratori sanitari, utenti e familiari) ed esaminata per l'approvazione finale dalla Schizophrenia Society of Canada e dalla Canadian Psychiatric Association mediante il Comitato per le Linee-Guida per la Pratica Clinica.</p> <p><u>Risultati</u>: dalle 8 linee-guida trovate (soprattutto NICE, SIGN e IHE) sono state formulate 19 raccomandazioni, ciascuna commentata riguardo la situazione canadese. Nelle conclusioni, si sottolinea la necessità in Canada di un Sistema più integrato, completo e accessibile per far fruttare le potenzialità di queste raccomandazioni.</p> <p>Per questa revisione, le raccomandazioni più importanti sono la 11 e la 12.</p>

<p>“Innovative Practices Handbook” (2016)</p> <p>Service Soins de Santé Psychosociaux</p> <p><a href="https://www.innosy107.be/index.php/nieuws">https://www.innosy107.be/index.php/nieuws</a></p> <p>"Multisectoral mental health networks in Belgium: An example of successful mental health reform through" (2018)</p> <p>Borgermans, L., et al.</p> <p><i>WHO Europe</i></p>	<p>Manuale di pratiche (scoping review)</p> <hr/> <p>Articolo descrittivo</p> <hr/> <p>Articolo descrittivo</p>	<p><u>Obiettivi</u>: descrivere le buone pratiche e le esperienze sul campo dei progetti basati sulla Riforma del Belgio, contribuendo all’assistenza di buona qualità e consentendo a livello internazionale una visione aggiornata dell’organizzazione della salute mentale in Belgio, per poter eventualmente essere di ispirazione e supporto per altri progetti.</p> <p><u>Metodi</u>: a inizio 2015 sono stati raccolti progetti di pratiche interessanti, da presentare divise in diversi temi decisi da un gruppo apposito tramite riunioni. Talvolta pratiche di diversi progetti sono state unite perché simili. Sono state poi lette da esperti del tema di riferimento e infine il comitato editoriale ha approvato l’inclusione finale e controllato l’aspetto formale del manuale. Per ogni pratica è stato specificato il contesto in cui è stata sviluppata e quanto è “promettente” ed è stato cercato un collegamento con la letteratura basata sull’evidenza riguardante quel tema.</p> <p><u>Risultati</u>: sono stati individuati sette temi per le pratiche raccolte, ma servirà aggiungere l’impatto che esse avranno negli utenti assistiti.</p> <p>In particolare, il tema 7a tratta dei team domiciliari multidisciplinari per le crisi (mobile teams2a)</p> <hr/> <p>Anche gli altri due contributi si sono occupati di analizzare la riforma belga, descrivendo come è stata raggiunta e attuata, cosa ha funzionato, i risultati ottenuti e raccomandazioni per ulteriori miglioramenti necessari.</p>
<p>“Mental health care delivery system reform in Belgium”</p> <p>Jacob, B.</p> <p><i>JA-ImpleMental</i></p>	<p>Articolo descrittivo</p>	

<p>“Gestire la crisi sul territorio: Il ruolo dei crisis resolution teams e home treatment teams e i loro sviluppi in Inghilterra” (2020)</p> <p>Giacco, D.</p> <p><i>Congresso annuale Società Italiana Psichiatria Sezione Veneto (PSIVE)</i></p>	<p>Intervento a un congresso</p>	<p><u>Obiettivi</u>: portare l’esperienza e le evidenze scientifiche presenti in Inghilterra riguardo i team a domicilio per urgenze psichiatriche al Congresso annuale PSIVE sulla gestione delle emergenze psichiatriche che ha lo scopo di dipanare i nodi irrisolti che pazienti, famiglie e professionisti sanitari devono affrontare.</p> <p><u>Metodi</u>: partendo dalla presentazione di un caso clinico in PS, sono stati descritti la modalità di valutazione del paziente e l’attivazione del servizio appropriato nella sua zona. Sono state descritte le caratteristiche di tali servizi e sono stati analizzati i risultati più importanti degli studi di efficacia.</p>
<p>“Home treatment for acute psychiatric illness” (1990)</p> <p>Dean, C., &amp; Gadd, E.M.</p> <p><i>British Medical Journal, 301(6759), 1021-1023</i></p>	<p>Studio descrittivo di confronto</p>	<p><u>Obiettivi</u>: determinare i fattori che influenzano il successo del trattamento in comunità di gravi malattie psichiatriche acute tradizionalmente trattate in ospedale.</p> <p><u>Metodi</u>: per lo studio di confronto sono stati inclusi tutti i pazienti di Sparkbrook (Birmingham) ricoverati in ospedale o trattati a domicilio dal 1° ottobre 1987 al 30 settembre 1989 e sono state controllate le loro cartelle cliniche. È stato riportato solo il secondo anno dello studio, comprendendo 99 pazienti tra 16 e 65 anni.</p> <p><u>Risultati</u>: 65 pazienti sono stati gestiti solo a domicilio, mentre 34 hanno richiesto il ricovero in ospedale. Il luogo del trattamento è stato influenzato dall’aggressività e dalle caratteristiche sociali dei pazienti e dalle caratteristiche dell’inizio, mentre la diagnosi e l’autolesionismo hanno influenzato poco. I pazienti trattati a domicilio e i loro parenti sono più soddisfatti e, non temendo il ricovero, sono più propensi a rivelare i sintomi; inoltre, i soldi risparmiati dal ricovero sono stati usati per aumentare gli infermieri a domicilio. Gli autori concludono che il trattamento a domicilio è fattibile e auspicabile per la maggior parte dei pazienti, soprattutto se c’è un servizio di valutazione a chiamata 24/7, ma il ricovero è comunque necessario per alcuni pazienti.</p>
<p>“Accompanying mental health problems at home: preliminary data</p>	<p>Studio descrittivo quantitativo</p>	<p><u>Obiettivi</u>: condividere il funzionamento organizzativo, l’approccio terapeutico e i risultati ottenuti di un CRHTT in Catalogna (Spagna).</p>

<p>from a crisis resolution and home treatment team in Catalonia” (2023)</p> <p>Arjona, C.H., et al.</p> <p><i>Journal of Psychiatric and Mental Health Journal, 30(5), 974-982</i></p>		<p><u>Metodi</u>: viene presentata un’analisi descrittiva del funzionamento di un team domiciliare, delle caratteristiche delle persone servite e dei risultati clinici da novembre 2017 a dicembre 2019, includendo 105 utenti, con una permanenza media di 57 giorni nel servizio.</p> <p><u>Risultati</u>: questo studio fornisce informazioni sui primi periodi di implementazione di un’equipe CRHTT, specificandone limiti e possibili fattori di efficacia. La maggior parte delle persone ha potuto superare la crisi a casa e il 5,71% ha avuto bisogno di ricovero in ospedale durante l’assistenza domiciliare. È stato osservato un miglioramento statisticamente significativo nelle scale GAF e HoNOS al momento di ammissione e dimissione. Il CRHTT ha favorito centralità dell’utente e del dialogo, inclusione della famiglia e della rete sociale, profonda comprensione della crisi considerando i determinanti sociali e maggiore costo-efficacia. Flessibilità, lavoro di squadra e collaborazione con la rete sociale sono fattori rilevanti per il recupero a domicilio. Viene specificato che in questo studio mancano le opinioni di paziente e famiglia.</p>
<p>“[Home treatment for people with acute mental illnesses]” (2017)</p> <p>Hepp, U., &amp; Stulz, N.</p> <p><i>Der Nervenarzt, 88(9), 983-988</i></p>	<p>Revisione</p>	<p><u>Obiettivi</u>: non sono stati specificati dagli autori nell’articolo, ma si può intuire che tale lavoro mira a sintetizzare le scarse evidenze e lo stato dell’implementazione riguardo il trattamento domiciliare delle crisi psichiatriche, soprattutto in Germania, sottolineando le lacune di ricerca da colmare.</p> <p><u>Metodi</u>: non sono stati specificati nell’articolo, ma da come si compone si capisce che gli autori hanno analizzato altri studi scientifici, oltre alle politiche attive (linee-guida e quadro giuridico e finanziario).</p> <p><u>Risultati</u>: gli autori hanno descritto le evidenze disponibili e lo stato attuale della ricerca, hanno delineato caratteristiche, vantaggi e svantaggi e lacune di ricerca riguardo i team domiciliari per acuti e hanno descritto le differenze con altri servizi di comunità, specificando che deve esserci netta distinzione con essi.</p>
<p>“Crisis resolution and home treatment: structure, process and outcome-a literature review” (2010)</p> <p>Karlsson, B. et al.</p>	<p>Revisione di letteratura</p>	<p><u>Obiettivi</u>: esplorare e sistematizzare le conoscenze esistenti su struttura, processo ed esito dei CRHT come forma di servizio di salute mentale comunitaria.</p> <p><u>Metodi</u>: sono stati ricercati articoli pubblicati in inglese e norvegese tra gennaio 2000 e dicembre 2008, identificando alla fine 35 articoli, costituiti principalmente da revisioni (6) e studi quantitativi e qualitativi.</p> <p><u>Risultati</u>: le conoscenze si concentrano in tre aree: standard, organizzazione e sviluppo; interventi clinici; esito in relazione a costo-efficacia e tassi di ricovero. Mentre le questioni strutturali sono state molto studiate, c’è necessità di ulteriore ricerca su metodi di intervento ed esiti a livello micro.</p>

<p><i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17(10), 881-892.</i></p>		
<p>“Efficacy of home treatment of patients with mental disorders-a research review” (2021)</p> <p>Cechnicki, A., &amp; Hat, M.</p> <p><i>Postępy Psychiatrii i Neurologii, 30(1), 21-36.</i></p>	<p>Revisione di letteratura</p>	<p><u>Obiettivi</u>: esaminare la ricerca sull’efficacia del trattamento domiciliare dei disturbi mentali rispetto ad altre forme di trattamento basato sulla comunità.</p> <p><u>Metodi</u>: è stata effettuata una ricerca in MEDLINE e PsychInfo: la prima sezione descrive gli studi dal 1980 che confrontano le cure standard in ospedale con i Community Mental Health Team (circa equivalente ai CSM); la seconda quelli che confrontano CMHT con forme più intensive quali CM e ACT; la terza quelli degli ultimi 10 anni che valutano l’efficacia delle alternative domiciliari all’ospedalizzazione (confrontando CRT con cure ospedaliere).</p> <p><u>Risultati</u>: i CMHT sono più efficaci dell’assistenza ospedaliera e post-ospedaliera standard, soprattutto nel ridurre numero e durata dei ricoveri e aumentare soddisfazione degli utenti. Per i pazienti più gravemente psicotici sono validi ed efficaci le forme più intensive (ACT, CM e CRT).</p> <p>Per questa revisione, è stato considerato il terzo confronto.</p>
<p>“Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review” (2015)</p> <p>Churchard, A.</p> <p><i>BMC Psychiatry, 15, 74.</i></p>	<p>Revisione di letteratura</p>	<p><u>Obiettivi</u>: stabilire quali prove sono disponibili sulle caratteristiche cruciali per ottimizzare il funzionamento dei CRT efficaci e affidabili.</p> <p><u>Metodi</u>: la ricerca è stata effettuata su MEDLINE, PsycINFO, Embase, CINAHL e Web of Science fino a novembre 2013. Gli studi sono stati analizzati divisi in: studi di confronto tra diversi CRT, studi di confronto tra CRT e trattamento come di consueto (TAU); indagini nazionali o regionali; studi qualitativi sulle opinioni degli stakeholders; linee-guida. Sono state poi condotte una valutazione della qualità e una sintesi.</p> <p><u>Risultati</u>: sono stati inclusi 69 studi e ogni tipologia poneva l’accento su particolari aspetti. Non è stato possibile trarre conclusioni sicure sulle componenti critiche delle CRT e sono necessari ulteriori studi, oltre a una definizione più chiara del modello CRT informata dalle opinioni e dalle linee-guida.</p>

<p>“Intensive home support for mental health crises: experience of the Trieste territorial crises team, in Italy” (2020)</p> <p>Corradi-Webster, C.M. et al.</p> <p><i>Saúde e Sociedade</i>, 29.</p>	<p>Studio descrittivo</p>	<p><u>Obiettivi</u>: descrivere l’esperienza in Italia di implementazione di un team di risoluzione delle crisi a domicilio, per supportare manager e professionisti nel proporre pratiche innovative che riducano ricoveri e dosi farmacologiche e che aumentino la soddisfazione dell’utente.</p> <p><u>Metodi</u>: dopo una panoramica iniziale sulle varie definizioni di crisi e su esempi non italiani di tali team, sono state analizzate le caratteristiche di questi team a Trieste e i loro risultati nel primo anno di attività (59 pazienti gestiti a domicilio su 124 valutazioni fatte), concludendo con l’esempio di un caso.</p> <p><u>Risultati</u>: in base ai punteggi dei test, il 93% dei pazienti ha mostrato un miglioramento significativo nei sintomi alla dimissione e l’81% nel funzionamento generale; rispetto al 2017, i TSO sono diminuiti del 29,4% nel primo semestre del 2018 e del 78,8% nel secondo. L’equipe è riuscita a curare in modo olistico gli utenti sofferenti e a ridurre il loro contatto con gli ospedali.</p>
<p>“Psychiatric assessment instruments developed by the World Health Organization”1996</p> <p>Janca, A. &amp; Sartorius, N.</p> <p><i>Social psychiatry and psychiatric epidemiology</i>, 31(2), 55-69</p>	<p>Raccolta dopo revisione</p>	<p><u>Obiettivi</u>: raccogliere e descrivere i migliori strumenti di valutazione selezionati dal <i>WHO mental health programme</i>.</p> <p><u>Metodi</u>: sono stati elencati e descritti i principali strumenti divisi per categorie e poi ulteriormente sintetizzati in tabelle.</p> <p><u>Risultati</u>: sono stati inclusi 9 strumenti sulla psicopatologia, 8 su disabilità, sofferenza e qualità di vita, 8 sui servizi, 7 su ambiente, rischio e ricerca qualitativa</p> <p>Per il quesito di questa revisione, considerati 2.</p>
<p>“La valutazione in psichiatria: una sfida e un'opportunità” (2019)</p> <p>Scovino, C.</p> <p><i>Nurse24.it</i></p>	<p>Raccolta dopo revisione</p>	<p><u>Obiettivi</u>: presentare gli strumenti di valutazione che si stanno iniziando ad usare nei servizi psichiatrici territoriali italiani.</p> <p><u>Metodi</u>: presentazione e commento di tali strumenti.</p> <p><u>Risultati</u>: individuati e commentati 4 strumenti di valutazione.</p> <p>Per il quesito di questa revisione sono stati presi in considerazione tre strumenti.</p>



<p>“Assessing cognitive representations of mental health problems. II. The illness perception questionnaire for schizophrenia: Relatives' version” (2005)</p> <p>Barrowclough, C. et al.</p> <p><i>British Journal of Clinical Psychology</i></p>	<p>Studio trasversale</p>	<p><u>Obiettivi</u>: analizzare il nuovo questionario “IPQS-Relatives” sviluppato per valutare le convinzioni dei parenti sulla schizofrenia, le quali impattano sulla risposta di essi al malato e quindi sui risultati delle cure.</p> <p><u>Metodi</u>: Sessantadue parenti hanno completato l'IPQS-Relatives, insieme a misure di psicopatologia generale (GHQ-28), carico familiare (SBAS-sezione D), valutazione del coping (FQ) ed emozioni espresse (FMSS).</p> <p><u>Risultati</u>: Le sottoscale IPQS-Relatives hanno dimostrato di essere internamente coerenti e stabili nel tempo. Le correlazioni con misure di psicopatologia generale, angoscia, carico, coping e critica indicano che le sottoscale hanno una buona validità concorrente. Questo nuovo strumento può essere utilizzato per valutare le convinzioni dei parenti sulla schizofrenia e può aiutare gli interventi familiari che mirano alle convinzioni associate a risultati negativi per i pazienti e i loro parenti.</p>
<p>“Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria” (1999)</p> <p>Conti, L.</p> <p><i>Psychiatryonline.it</i></p>	<p>Raccolta dopo revisione</p>	<p><u>Obiettivo</u>: raccogliere le scale di valutazione psichiatriche più diffuse e potenzialmente utili, per aiutare la scelta dei clinici quando devono approfondire la valutazione dei pazienti.</p> <p><u>Metodi</u>: esperienza, ricerca, raccolta e analisi del materiale.</p> <p><u>Risultati</u>: sono state presentate e commentate molte scale di valutazione, suddividendo il libro in una prima parte contenente capitoli di spiegazione generale delle scale di valutazione e una seconda parte contenente capitoli sulle varie scale specifiche per patologia o area analizzata.</p> <p>Per il quesito di questa revisione, sono importanti le scale di valutazione presenti nei capitoli 19 e 20 (fattori stressanti, adattamento sociale e qualità di vita).</p>

Allegato 2 – Tabella dei diversi temi emersi e delle fonti corrispondenti

Temi delle fonti		Fonti corrispondenti
Descrizione dei diversi servizi territoriali		-Caldas de Almeida, J.M., et al. -NICE (2014) -NHS (2019) -Addington, D., et al. (2017) -Giacco, D. (2020) -Hepp, U., & Stulz, N. (2017) -Karlsson, B. et al. (2010)
Descrizioni dei CRHT in dettaglio	Tutte le fasi o quasi	-NICE (2014) -Department of Health (2001) -Giacco, D. (2020) -Hepp, U., & Stulz, N. (2017) -Dean, C., & Gadd, E.M. (1990) -Arjona, C.H. et al. (2023) -Service Soins de Santé Psychosociaux (2016); Borgermans, L., et al. (2018); Jacob, B. -Corradi-Webster, C.M., et al. (2020) -Karlsson, B. et al. (2010)
	Solo risultati dei team	-Churchard, A. (2015) -Cechnicki, A., & Hat, M. (2021)
Strumenti di valutazione		-Janca, A. & Sartorius, N. (1996) -Scovino, C. (2019) -Barrowclough, C. (2011) -Conti, L. (1999)

Allegato 3 – linee-guida NICE sugli episodi acuti di psicosi o schizofrenia negli adulti

14.4. Successivi episodi acuti di psicosi o schizofrenia e rinvio nelle crisi

14.4.2. Opzioni di trattamento

14.4.2.1. Per le persone con un'esacerbazione acuta o una recidiva di psicosi o schizofrenia, offrire farmaci antipsicotici per via orale (vedere paragrafi 14.3.5. e 14.3.6) in associazione con interventi psicologici (intervento familiare e CBT individuale, erogati come descritto nelle raccomandazioni 14.3.7.1 e 14.3.7.2). [2014]

14.4.3. Interventi farmacologici

14.4.3.1. Per le persone con esacerbazione acuta o recidiva di psicosi o schizofrenia, offrire farmaci antipsicotici orali o rivedere i farmaci esistenti. La scelta del farmaco deve essere influenzata dagli stessi criteri raccomandati per l'inizio del trattamento (vedere paragrafi

14.3.5 e 14.3.6). Tenere conto della risposta clinica e degli effetti collaterali dei farmaci attuali e precedenti dell'utente del servizio. [2009; modifica 2014].

#### 14.4.4. Interventi psicologici e psicosociali

14.4.4.1. Offrire la CBT a tutte le persone con psicosi o schizofrenia (come descritto nella raccomandazione 14.3.7.1). Questa può essere iniziata durante la fase acuta o successivamente, anche in regime di ricovero. [2009]

14.4.4.2. Offrire un intervento familiare a tutte le famiglie di persone con psicosi o schizofrenia che vivono o sono in stretto contatto con l'utente del servizio (come descritto nella raccomandazione 14.3.7.2). L'intervento può essere avviato durante la fase acuta o successivamente, anche in regime di ricovero. [2009]

14.4.4.3. Considerare la possibilità di offrire le arti terapie a tutte le persone con psicosi o schizofrenia, in particolare per alleviare i sintomi negativi. L'offerta può essere avviata durante la fase acuta o successivamente, anche in ricovero. [2009]

14.4.4.4. Le arti terapie devono essere fornite da un arteterapeuta iscritto all'Health and Care Professions Council con una precedente esperienza di lavoro con persone affette da psicosi o schizofrenia. L'intervento dovrebbe essere erogato in gruppo, a meno che le difficoltà di accettabilità, accesso e coinvolgimento non indichino diversamente. Le arti terapie dovrebbero combinare tecniche psicoterapeutiche con attività volte a promuovere l'espressione creativa, spesso non strutturate e guidate dall'utente del servizio. Gli obiettivi delle arti-terapie dovrebbero comprendere:

- permettere alle persone con psicosi o schizofrenia di sperimentare se stesse in modo diverso e di sviluppare nuovi modi di relazionarsi con gli altri

- aiutare le persone a esprimersi e a organizzare la loro esperienza in una forma estetica soddisfacente

- aiutare le persone ad accettare e comprendere i sentimenti che possono essere emersi durante il processo creativo (compreso, in alcuni casi, il modo in cui sono arrivati ad avere questi sentimenti) ad un ritmo adatto alla persona. [2009]

14.4.4.5. Quando i trattamenti psicologici, comprese le arti terapie, sono iniziati nella fase acuta (anche in regime di ricovero), il corso completo dovrebbe essere continuato dopo la dimissione senza inutili interruzioni. [2009]

14.4.4.6. Non offrire di routine consulenza e psicoterapia di supporto (come interventi specifici) alle persone con psicosi o schizofrenia. Tuttavia, tenere in considerazione le preferenze degli utenti, soprattutto se altri trattamenti psicologici più efficaci, come la CBT, l'intervento familiare e le arti terapie, non sono disponibili a livello locale. [2009]

14.4.4.7. Non offrire la terapia di aderenza (come intervento specifico) a persone con psicosi o schizofrenia. [2009]

14.4.4.8. Non offrire di routine training di abilità sociali (come intervento specifico) a persone con psicosi o schizofrenia. [2009]

#### 14.4.5. Comportamento di sfida

14.4.5.1. Talvolta le persone con psicosi o schizofrenia rappresentano un rischio immediato per se stesse o per gli altri durante un episodio acuto e possono necessitare di una rapida tranquillizzazione. La gestione del rischio immediato deve seguire le linee guida NICE pertinenti (vedi raccomandazioni 14.4.5.2 e 14.4.5.5). [2009]

14.4.5.2. Seguire le raccomandazioni contenute in Violence (linea guida clinica 25 del NICE) quando ci si trova di fronte a una violenza imminente o quando si prende in considerazione la tranquillizzazione rapida. [2009]

14.4.5.3. Dopo la tranquillizzazione rapida, offrire alla persona con psicosi o schizofrenia l'opportunità di discutere le proprie esperienze. Fornite loro una spiegazione chiara della decisione di ricorrere alla sedazione d'urgenza. Riportare il tutto nelle note. [2009]

14.4.5.4. Assicurarsi che la persona con psicosi o schizofrenia abbia l'opportunità di scrivere un resoconto della sua esperienza di tranquillanti rapidi nelle sue note. [2009]

14.4.5.5. Seguire le raccomandazioni contenute nella Linea guida 16 del NICE per la gestione degli atti di autolesionismo nelle persone con psicosi o schizofrenia. [2009]

#### 14.4.6. Periodo post-acuto precoce

14.4.6.1. Dopo ogni episodio acuto, incoraggiare le persone con psicosi o schizofrenia a scrivere un resoconto della loro malattia nelle loro note. [2009]

14.4.6.2. Gli operatori sanitari possono prendere in considerazione l'utilizzo di principi psicoanalitici e psicodinamici per aiutarli a comprendere le esperienze delle persone con psicosi o schizofrenia e le loro relazioni interpersonali. [2009]

14.4.6.3. Informare l'utente del servizio che c'è un alto rischio di ricaduta se sospende i farmaci nei prossimi 1-2 anni. [2009]

14.4.6.4. In caso di sospensione dei farmaci antipsicotici, procedere gradualmente e monitorare regolarmente i segni e i sintomi di ricaduta. [2009]

14.4.6.5. Dopo la sospensione dei farmaci antipsicotici, continuare a monitorare i segni e i sintomi di ricaduta per almeno 2 anni. [2009]