



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

Anno XXXII • n. 1 • gennaio – giugno

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

Fondata e Diretta da:
Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:
Massimo Rabboni (Bergamo)
Massimo Clerici (Monza)

Comitato Scientifico:
Claudio Mencacci (Milano, MI)
Gianluigi Tomaselli (Treviglio, BG)
Giorgio Cerati (Legnano)
Emilio Sacchetti (Brescia)
Silvio Scarone (Milano)
Gian Carlo Cerveri (Milano)
Arcadio Erlicher (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Costanzo Gala (Milano)
Gabriella Ba (Milano)
Cinzia Bressi (Milano)
Claudio Cetti (Como)
Giuseppe De Paoli (Pavia)
Nicola Poloni (Varese)
Antonio Magnani (Castiglione delle Stiviere, MN)
Gianluigi Nobili (Desenzano, BS)
Andrea Materzanini (Iseo, BS)
Alessandro Grecchi (Varese)
Francesco Bartoli (Monza)
Lucia Volonteri (Milano)
Antonino Calogero (Castiglione delle Stiviere, MN)

Segreteria di Direzione:
Giancarlo Cerveri

Art Director:
Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1 - 24127 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

IN PRIMO PIANO

3 Elogio del silenzio
di Giannelli A.

11 Le sfide della psichiatria
Ricerca, conoscenza e competenza
di Cerveri G., Clerici M., Percudani M.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

15 Un posto per i giovani
Il progetto del Centro Giovani "Ponti" della Asl "Santi Paolo E Carlo" di Milano
di Biffi G., Parabiaghi A., Rigliano P.

30 Adolescenti e identità riflesse
Rischi e potenzialità delle nuove tecnologie
di Bruno D.

37 Operatori psico-socio-sanitari ed eventi traumatici
Esiti di un'indagine sul Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze
di Carnevali S., Lucchini A., Durbano F.

46 Indagine sulla qualità percepita dall'utenza nei Servizi Territoriali Psichiatrici
di Cavallaro S., Frediani G., Biagi M.P., Parini A.M., Migliarese G., Mencacci C.

54 L'impatto delle patologie psichiatriche nei Dipartimenti di Emergenza ospedalieri
di Fraticelli C., Casolaro I., Cattaneo A., Salemi O.

64 L'urgenza psichiatrica nella disforia di genere
di Grecchi A.

74 ADHD e Disturbo da Uso di Sostanze
Peculiarità diagnostiche, cliniche e di trattamento
di Migliarese G., Zita G.

88 L'esperienza budget di salute di comunità dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda con Amicizia Metodologia E Dati Preliminari
di Morganti C., Porcellana M., Biancorosso C., Fontana R., Lanzo F.R., Malchiodi F., Mastromo D., Motto D., Oltolina M., Savino C., Vairelli F., Zanolio A., Percudani M.

95 La salute fisica degli utenti
Obiettivo condiviso da utenti, operatori, familiari
di Porcellana M., Morganti C., Antognoni G., Rapuano A., Lopes C., Maggioni S., Malchiodi F., Oltolina M., Porcu T., Zanolio A., Percudani M.

PSICHIATRIA FORENSE

100 La posizione di garanzia e il medico psichiatra
di Pellegrini P.

OLTRE LO SPECCHIO

111 Qualcuno volò sulla villa
di E.S.

IN COPERTINA: Pietro Baratta, *Saggezza*, 1705-08
Santi Giovanni e Paolo, Venice

©WEB GALLERY OF ART

PSICHIATRIA OGGI

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:

www.psichiatriaoggi.it

L'esperienza budget di salute di comunità dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda con aMIcittà

Metodologia e dati preliminari

*Morganti Carla**, *Porcellana Matteo**,
*Biancorosso Corinna**, *Fontana Rebecca**,
*Lanzo Francesca Roberta**, *Malchiodi Francesca**,
*Mastromo Daniele**, *Motto Davide°*, *Oltolina Massimo**,
Savino Cristina°, *Vairelli Federica**,
*Zanobio Alberto**, *Percudani Mauro**

INTRODUZIONE

Il budget di salute rappresenta l'unità di misura delle risorse economiche, professionali e umane, necessarie per innescare un processo di capacitazione volto a ridare ad una persona un funzionamento sociale accettabile, alla cui produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità (Righetti, 2013).

Secondo Starace (2011) il modello del budget di salute attua il principio di sussidiarietà, sostiene il protagonismo degli utenti, valorizza le risorse informali di cura dei contesti comunitari, afferma il principio della non istituzionalizzazione e della domiciliarizzazione delle cure. La metodologia del Budget di Salute promuove l'integrazione delle prestazioni sanitarie con quelle sociali attraverso progetti che mettano a sistema, risorse di tipo sanitario e di tipo sociale attivabili nella comunità (realtà locali, volontariato, fundraising e beneficiari).

Le esperienze già realizzate di sperimentazione del Budget di Salute (in maniera estensiva in Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia e in Lombardia in Franciacorta grazie ad un progetto innovativo di Regione Lombardia) dimostrano una significativa efficacia degli interventi e rilevano un'ottima soddisfazione da parte dei beneficiari (Ferri, 2015; Ridente, 2016; Materzanini, 2016).

Recentemente, Regione Lombardia ha inserito il tema dei budget di salute all'interno della normativa regionale

L.R. n.15/2016 "Evoluzione del sistema sociosanitario Lombardo": l'Art. 53 bis punto e) prevede che l'obiettivo della promozione della salute mentale in ogni età della vita sia perseguito attraverso "la valorizzazione della risposta integrata e interdisciplinare al bisogno di salute dell'assistito, anche utilizzando percorsi personalizzati di cura remunerati mediante budget di salute, finalizzati a privilegiare la metodologia della presa in carico attraverso il modello del case management, e con progetti riabilitativi orientati al recupero personale e sociale, anche lavorativo quando praticabile".

Sull'onda di queste esperienze, Cooperativa Lotta contro l'Emarginazione (Capofila) insieme al DSMD della ASST Grande Ospedale Metropolitano "Niguarda" e altri partner, hanno voluto proporre il progetto "aMIcittà: Budget di Salute e Attivazione della Comunità" al bando welfare di comunità di Cariplo, ed hanno ottenuto un finanziamento ad ottobre 2018.

Il progetto aMIcittà, di cui il DSMD di Niguarda è il core partner sanitario, vuole promuovere lo sviluppo di una comunità accogliente ed il protagonismo delle persone con disagio psichico. Si propone di mettere in movimento i territori in una visione di welfare che attivi la comunità a riconoscere le proprie necessità, ricostruisca i legami di fiducia, faccia rete e crei percorsi condivisi per valorizzare le ricchezze del tessuto sociale.

Il progetto intende sperimentare il passaggio a un modello di "Welfare comunitario", dove le competenze siano messe a disposizione della persona con disagio mentale e del suo contesto per realizzare percorsi inclusivi anche tramite lo strumento del "Budget di salute" come nuova possibilità all'interno del sistema dei servizi di welfare locale.

La metodologia del Budget di salute promuove l'integrazione delle prestazioni sanitarie con quelle sociali, valorizzando le risorse dei beneficiari. Le tre aree principali sono: casa/habitat sociale, formazione/lavoro, affettività/socialità. In questo progetto il budget di salute di comunità è da intendersi non come una delega ma come un processo attuato in co-gestione con le cooperative e

le associazioni in cui il DSMD mantiene la regia delle azioni (Monteleone, 2005).

Il Progetto si rivolge al bacino territoriale del DSMD che insiste sulla Municipalità 9 e parzialmente sulle Municipalità 2 e 3 del comune di Milano. Il DSMD partecipa con 3 Centri psico-sociali (CPS).

La popolazione residente è di 345.896 abitanti, circa un quarto della popolazione milanese (abitanti totali 2016 n=1.368.590). La percentuale di nuclei familiari composti da una singola persona si attesta nelle diverse zone della città a circa il 22% degli abitanti. Rispetto al numero di utenti afferenti al DSMD quelli che vivono soli sono 287, soltanto il 5,8%. Questo semplice dato indica come sia più difficile per le persone con problemi di salute mentale intraprendere percorsi di emancipazione dalla famiglia di origine, probabilmente anche a causa di una strutturale mancanza di opportunità concrete e relazionali di progettare una vita autonoma sul territorio.

Nel bacino d'utenza la prevalenza della popolazione trattata è dell'1,4% dei residenti. L'età media dei pazienti è di 46,5 anni, persone con genitori anziani per i quali il destino è o di un progetto di vita autonoma o un inserimento in residenzialità.

Nel 2017 presso il DSMD gli utenti in carico erano 4.947, di cui 1200 portatori di bisogni clinici complessi inseriti nel percorso di cura di "Presa in carico" (24,3% del totale degli utenti). In questo bacino di popolazione si collocano i soggetti che il progetto intende coinvolgere nella sperimentazione del budget di salute. Di questi, 481 erano inseriti in percorsi residenziali o semiresidenziali. Regione Lombardia per i soli ricoveri in comunità ha speso nel 2016 oltre 252 milioni di €, circa i 2/3 dell'intero budget dedicato alla salute mentale. Questo è un dato critico riguardo alla qualità della spesa nell'ambito della salute mentale perché gli investimenti non sono fatti per sostenere le attività territoriali al fine di assistere nel proprio contesto di vita le persone.

Al contrario, il progetto si propone di investire risorse orientandole nella direzione di una riqualificazione dei

sistemi relazionali nei processi e sistemi di cura, a livello comunitario e territoriale.

Il progetto di partenariato con realtà sanitarie, il Comune di Milano, cooperative e associazioni del Terzo settore, utenti esperti e volontari permette di proporre azioni che superano le rigidità e i modelli prestabiliti, valorizzando e collegando una serie di "nodi" della rete comunitaria con i quali stabilire una partnership strutturata in grado di integrare il lavoro clinico con un'offerta variegata di opportunità sociali e di vita, connotata da risposte "leggere" e flessibili ma al contempo "forti" e continuative. Si opererà per co-costruire e attivare percorsi con la metodologia del "Budget di Salute" che utilizzino sia le risorse professionali sia quelle della persona, dei suoi familiari e del suo ambiente sociale.

Il cambiamento atteso consiste nel rimuovere gli ostacoli che rendono ancora accettabile che le persone con disagio mentale vivano una vita separata, all'interno di circuiti protetti a favore di percorsi d'inclusione sociale.

Il Budget di Salute di Comunità è un progetto riabilitativo individualizzato rivolto a persone con disagio psichico che sono spesso discriminate dal mercato del lavoro, immobiliare e dai contesti socio-culturali. Interviene nell'ambito dell'abitare, dell'inclusione sociale e della formazione/lavoro.

Per realizzare i Budget di Salute saranno fatti interventi su tre assi: abitare, per promuovere la cura di sé e degli spazi abitativi e per migliorare l'autonomia della persona; lavoro, dando supporto all'avvio e alla frequenza di corsi di formazione, puntando ove possibile all'inserimento nel mondo del lavoro; inclusione sociale per costruire, ricostruire o consolidare le relazioni e le reti amicali e sociali, partecipando ad attività culturali, educative, sportive e ricreative.

Il progetto prevede la programmazione delle seguenti azioni:

1. Supporto alla quotidianità all'interno di gruppi di convivenza assistita;
2. Supporto flessibile alla domiciliarità;

3. Ricostruzione e mediazione all'interno della rete familiare e sociale;
4. Accesso supportato all'inserimento lavorativo e alle attività formative;
5. Accesso supportato alle attività di aggregazione e socializzazione;
6. Rafforzamento e supporto alla domiciliarità al fine di prevenire eventuali richieste di accoglienza in strutture residenziali.

Le condizioni di sofferenza più acute richiedono la costruzione di un progetto con caratteristiche flessibili, dove le procedure sono riferite all'area dei diritti della persona. Si prevede la realizzazione di equipe integrate che comprendano, oltre alla persona, la partecipazione degli operatori sia dell'ambito sociale sia sanitario e degli utenti esperti con la messa in comune delle risorse e la condivisione delle responsabilità. L'obiettivo è quello dell'incremento dell'efficacia, attraverso la valutazione del miglioramento della qualità di vita della persona.

La presa in carico degli utenti per i quali s'intende istituire il budget di salute avviene su proposta dei case manager dei servizi del DSMD. Viene così definito il progetto terapeutico riabilitativo al quale partecipano:

- a. La persona titolare del progetto al quale è attribuito il budget;
- b. Il DSMD attraverso i propri servizi;
- c. Il comune di residenza del titolare, che attraverso i servizi sociali ha la corresponsabilità dei progetti e partecipa con proprie risorse alla loro realizzazione (legge 328);
- d. I soggetti cogestori privati che possono essere: cooperative sociali, società onlus e non, famiglie, e associazioni presenti nel territorio.

Il case manager, dovrà garantire il supporto ai partner per una migliore articolazione e formulazione in progress del progetto, monitorando e mediando l'andamento dei progetti stessi, individuando le aree di eventuale proble-

maticità e fornendo il sostegno per il loro superamento. L'utente è sostenuto nelle scelte per seguire le sue aspirazioni e migliorare la sua qualità di vita.

Si privilegia la connessione con il proprio territorio, si favoriscono percorsi in uscita dalle Strutture Residenziali e se ne prevengono di nuovi.

MATERIALI E METODI

Nell'ambito del Progetto aM Città, dall'ottobre 2018 al dicembre 2018 si è costituito un Gruppo di Lavoro, denominato "Tavolo Metodologico" finalizzato alla definizione dei criteri di inclusione ed alla metodologia dello Studio.

Dopo un'analisi critica della letteratura sono stati concordati i seguenti criteri d'inclusione:

1. Diagnosi di disturbo mentale grave secondo ICD-10 (F20-30-60);
2. età 25-60;
3. Stabilità clinica;
4. Valida alleanza terapeutica;
5. Necessità del percorso di cura "Presa in carico"

E stabiliti dei criteri per la scelta prioritaria: isolamento sociale, problemi abitativi, lavorativi, assenza di supporto familiare, pazienti in dimissione da un percorso residenziale.

Il percorso di definizione del contratto di budget di salute di comunità prevede: il coinvolgimento di tutti i partner del progetto, il reperimento delle risorse necessarie, la definizione condivisa del contratto di budget di salute, la costituzione di micro-equipe di progetto, la sottoscrizione congiunta del contratto.

La regia del percorso rimane al Centro di Salute Mentale, non si attua un'esternalizzazione ma una co-gestione con i partner del terzo settore e delle associazioni.

Gli utenti rispondenti ai criteri d'inclusione sono segnalati dalla microéquipe curante alla micro-équipe di progetto unitamente all'invio di un Piano di Trattamento Individuale (PTI) aggiornato con inclusa la scala

HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale; Lora, 2001) largamente utilizzata per la valutazione delle gravità e dell'esito nei servizi di salute mentale.

La fase di assessment prevede inoltre la somministrazione di: scheda socio-demografica e clinica standardizzata, scala di funzionamento Specific Level of Functioning (SLOF) nella versione italiana (Montemagni, 2015), Recovery STAR per la definizione delle aree di vulnerabilità e dei bisogni dei pazienti (Placentino, 2017); WHOQOL-bref per la qualità di vita (de Girolamo, 2000), la valutazione della rete sociale attraverso la Mappa di Todd e la Carta di rete.

È inoltre condiviso un Piano di Trattamento Riabilitativo Individuale (PTRI) evidenziando le problematiche secondo le aree: casa/habitat sociale, formazione/lavoro, socialità/affettività, denaro.

Segue la definizione condivisa del contratto di budget di salute e la sottoscrizione congiunta dello stesso prima dell'avvio del BDS.

A 6 e 12 mesi verrà rinnovato come consuetudine il PTI ed, oltre alla già inclusa HoNOS, verranno compilate nuovamente le scale SLOF, Recovery STAR, WHOQOL-bref. I firmatari del contratto si re-incontreranno per valutare l'andamento del BDS decidendo eventuali interruzioni, variazioni o cambiamenti.

RISULTATI

Dal febbraio 2019 al maggio 2019 sono stati segnalati 27 pazienti, 15 (55,6%) maschi e 12 (44,4%) femmine con un'età media di 42,19 anni (range 23-56 anni, ds 9,87). Le diagnosi ICD-10 sono state: F20 (Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti) nel 63% dei casi (n=17), F30 (Sindromi affettive) in 2 (7,4%) ed F60 (Disturbi della Personalità e del comportamento) in 8 (29,6%).

La maggioranza (66,7%, n=18) presenta in anamnesi ricoveri in SPDC; 17 (63%) vivono al proprio domicilio (10 con la famiglia d'origine, 6 da soli, 1 con altre persone), 5 (18,5%) in Residenzialità Leggera (RL) ed altrettanti

(18,5%) in Struttura Residenziale: 2 in CPA, tre in CRA.

Nessuno è coniugato; la maggioranza ha un diploma di scuola media inferiore (59,3%, N=16), 6 (22,2%) un diploma di scuola media superiore e 3 (11,1%) sono laureati.

18 (66,7%) sono disoccupati, 4 (14,8%) hanno un lavoro dipendente e 4 (14,8%) stanno svolgendo un tirocinio.

I punteggi medi nei 12 items della HoNOS, nei 4 domini della WHOQOL-bref e nei 10 items della Recovery STAR sono riassunti in Tabella 1.

Entro giugno 2019 si prevede di attivare 15 contratti di budget di salute di comunità con le seguenti caratteristiche: 4 prevedono l'attivazione di un Housing; 8 prevedono un supporto domiciliare; 3 prevedono interventi sull'inclusione sociale.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

Per quanto riguarda le variabili cliniche e testali i risultati preliminari sono coerenti con i criteri d'inclusione e priorità adottate. In particolare, raggruppando i 12 items della HoNOS nei quattro clusters (items 1-3 problemi comportamentali; items 4-5, impairment; items 6-8, sintomi ed items 9-12, problemi sociali), il punteggio medio maggiore si nota nel cluster sociale (1,5), evidenziando le problematiche relazionali, abitative ed ambientali degli utenti.

Gli stessi beneficiari, compilando autonomamente la WHOQOL-breve, segnalano come particolarmente deludente l'area sociale (media 33,71) suggerendo la necessità di interventi correttivi.

Nella Recovery Star, infine, i punteggi medi più bassi si notano nell'item "fiducia e speranza" e "lavoro" confermando il bisogno di nuove prospettive e di supporto lavorativo.

Questi primi mesi di lavoro hanno permesso:

1. la costituzione di un gruppo di lavoro esteso di progetto cui partecipano tutti i parter;
2. l'organizzazione di eventi formativi a sostegno di un orientamento alla recovery degli operatori, degli utenti esperti e dei volontari partecipanti al progetto;

Tabella 1 — Punteggi medi HoNOS, WHOQOL-bref e Recovery STAR

	Media	DS
HoNOS		
H1 comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi, agitati	0,46	0,58
H2 comportamenti autolesivi	0,35	0,63
H3 problemi legati all'assunzione di alcool o droghe	0,54	0,95
H4 problemi cognitivi	0,58	0,76
H5 problemi di malattia somatica o disabilità fisica	0,81	1,10
H6 problemi legati ad allucinazioni o deliri	1,00	1,20
H7 problemi legati all'umore depresso	0,81	0,85
H8 altri problemi psichici e comportamentali	2,09	0,29
H9 problemi relazionali	2,00	1,16
H10 problemi nelle attività della vita quotidiana	1,58	1,17
H11 problemi nelle condizioni di vita	1,35	1,19
H12 problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative	1,08	1,26
WHOQOL Breve		
WHOQOL Area fisica	93,14	11,94
WHOQOL Area psicologica	89,71	27,02
WHOQOL Area Sociale	33,71	8,90
WHOQOL Area dell'Ambiente	101,71	14,58
RECOVERY STAR		
Gestione della propria salute mentale	6,33	1,61
Cura di sé	6,33	1,92
Abilità per la vita quotidiana	6,67	2,39
Reti sociali	5,33	2,19
Lavoro	4,58	2,23
Relazioni personali	5,67	2,15
Dipendenze	8,08	3,09
Responsabilità	8,08	1,56
Identità e autostima	5,58	1,38
Fiducia e speranza	4,83	1,34

3. il potenziamento delle equipe territoriali che stanno rilanciando il lavoro di assessment e di programmazione dei PTRI;
4. la definizione di un metodo strutturato per l'assessment e la definizione dei contratti di budget di salute;
5. la costruzione di un quaderno di budget di salute che permetterà uno stretto monitoraggio delle azioni effettuate;
6. la definizione di una procedura per il follow-up.

Questo progetto ci fornisce un'opportunità per sperimentare l'attuazione del budget di salute di comunità e di dimostrarne l'efficacia ed efficienza per "validarne la procedura" e promuoverla come modalità ordinaria e diffusa a livello regionale.

Tra gli obiettivi del progetto si favorisce un ripensamento delle modalità operative dei servizi che si basino su un orientamento alla recovery, e sulla costruzione di reti con realtà del terzo settore e del volontariato.

Un punto importante del progetto è anche quello di rafforzare le dotazioni organiche dei servizi territoriali per renderli in grado di attivarsi su percorsi di cura individualizzati, intensivi, sul territorio.

Alla base del nostro lavoro vi è l'assunto che il miglioramento delle possibilità di cura e di inclusione sociale delle persone afflitte da disturbi mentali gravi, sia il prodotto dell'interazione di più fattori, tra i quali hanno un peso decisivo, i percorsi personali di validazione e le strategie di protezione e promozione sociale costruite all'interno dei contesti territoriali.

È sviluppata una prospettiva che vede prestazioni sociali e sanitarie come non scindibili attraverso la realizzazione di un progetto personalizzato che si confronta quasi sempre con bisogni globali che deve prevedere risposte altrettanto globali e personalizzate.

Ci si propone anche di valutare il budget di salute di comunità come possibile alternativa ai ricoveri sanitari in comunità psichiatriche protette, con la possibilità di riconvertire una parte della spesa sanitari in questa

direzione rendendo fruibile al DSMD un budget da utilizzare a tal fine.

I dati preliminari pur da prendere con le giuste limitazioni ci indicano che il modello del budget di salute di comunità è praticabile e ben accettato sia dagli operatori sia dai beneficiari.

AFFERENZA DEGLI AUTORI:

**ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano*

°Cooperativa Lotta contro l'Emarginazione

carla.morganti@ospedaleniguarda.it

BIBLIOGRAFIA

1. Righetti A., *I budget di salute e il welfare di comunità*, Laterza editore, 2013.
2. Starace F., *Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria*. Il modello del budget di salute, Carocci editore, 2011.
3. Ferri M., Pellegrini P., De Santis I., *Dalla residenzialità psichiatrica al budget di salute*. Nuova rassegna studi psichiatrici, 2015; 12; 7.
4. Ridente P., Mezzina R., *From residential facilities to supported housing: The personal health budget model as a form of coproduction*. International Journal of Mental Health, 2016, 45(1): 59-70.
5. Materzanini A. *Perché non bastano gocce e pastiglie Se la salute mentale è data da casa, lavoro e rete sociale*. Animazione Sociale, 2016; sett/ott, 44-51.
6. Monteleone R., *La contrattualizzazione delle politiche socio-sanitarie: il caso dei voucher e dei budget di cura*. In: BIFULCO L. (a cura di), *Le politiche sociali. Temi e prospettive emergenti*, Roma, Carocci, 2005.
7. World Health Organization. *International Statistical classification of disease and health related problems*. ICD-10. Ginevra 2007.
8. Lora A., Bai G., Bianchi S., Bolongaro G., Civenti., Erlicher A., Maresca G., Monzani E., Panetta B., Von Morgen D., Rossi F., Torri V., Morosini P., *La versione italiana della HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale), una scala per la valutazione delle gravità e dell'esito nei servizi di salute mentale*. Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 2001; 10(3): 198-212.
9. Montemagni C., Rocca P., Mucci A., Garlderisi S., Maj M., *Italian version of the Specific Level of Functioning*. Journal of Psychopathology, 2015; 21: 287-296.
10. Placentino A., Lucchi F., Scarsato G., Fazzari G., GRUPPO REX.IT., *La Mental Health Recovery Star: caratteristiche e studio di validazione della versione italiana*. Riv Psichiatr, 2017; 52(6): 247-254.
11. De Girolamo G., Rucci P., Scocco P., Becchi A., Coppa F., D'Addario A., Daru E., De Leo D., Galassi L., Mangelli L., Marson C., Neri G., Soldani L., *Quality of Life assessment: validation of the Italian version of the WHOQOL-Bref*. Epidemiol Psychiatr Soc, 2000; 9: 45-55.

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
 1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

Mauro Percudani e Massimo Clerici

Segretario:

Carlo Fraticelli

Vice-Segretario:

Giovanni Migliarese

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini
Franco Spinogatti
Gianmarco Giobbio
Luisa Aroasio
Carla Morganti
Federico Durbano
Alessandro Grecchi
Camilla Callegari
Antonio Magnani
Laura Novel
Pasquale Campajola
Giancarlo Belloni
Marco Toscano
Antonio Amatulli
Caterina Viganò

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Francesco Bartoli
Giacomo D'Este
Filippo Dragona
Claudia Palumbo
Lorenzo Mosca
Matteo Rocchetti

Membri di diritto:

Claudio Mencacci
Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni