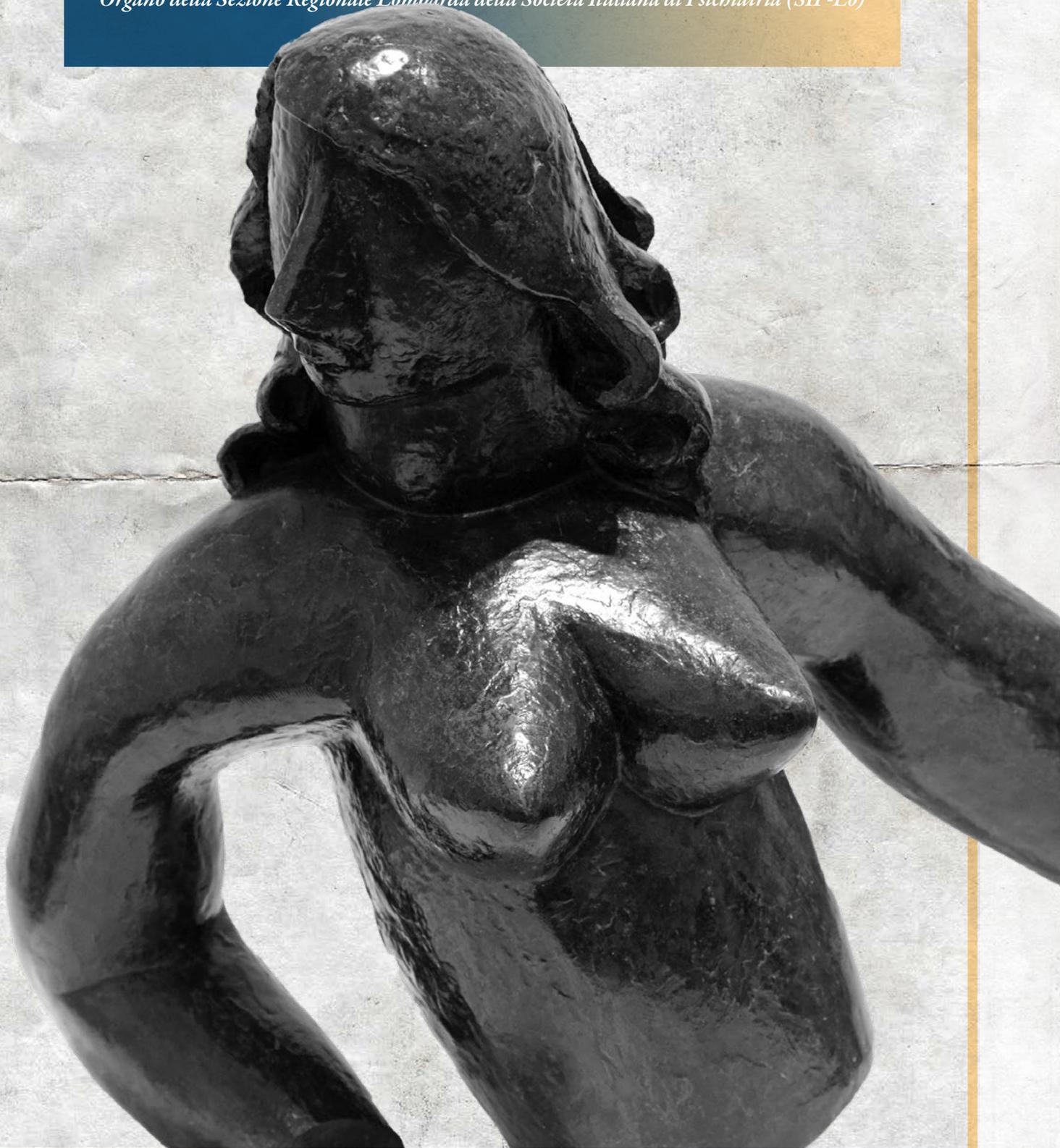




PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

Anno XXXIV • n. 1 • gennaio–giugno

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

Fondata da:
Alberto Giannelli

Diretta da:
Giancarlo Cerveri (Lodi)

Comitato di Direzione:
Massimo Clerici (Monza)
Mauro Percudani (Milano Niguarda)

Comitato Scientifico:
Carlo Fraticelli (Como)
Giovanni Migliarese (Vigevano)
Gianluigi Tomaselli (Triviglio)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Gianmarco Giobbio (San Colombano)
Luisa Aroasio (Voghera)
Carla Morganti (Milano Niguarda)
Federico Durbano (Melzo)
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)
Camilla Callegari (Varese)
Antonio Magnani (Mantova)
Laura Novel (Bergamo)
Pasquale Campajola (Gallarate)
Giancarlo Belloni (Legnano)
Marco Toscano (Gavagnate)
Antonio Amatulli (Vimercate)
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)
Emi Bondi (Bergamo)
Pierluigi Politi (Pavia)
Emilio Sacchetti (Milano)
Alberto Giannelli (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Massimo Rabboni (Bergamo)

Segreteria di Direzione:
Silvia Paletta (ASST Lodi)
Matteo Porcellana (ASST GOM Niguarda)
Davide La Tegola (ASST Monza)

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** Siamo responsabili dei nostri sogni?
di Giannelli A.
- 14** Una particolare attenzione all'ansia ai tempi del Covid-19
di Cerveri G.
- 19** Tracciare la solitudine nel post Sindemia
di Mencacci C.

RECENSIONI

- 21** I grandi pensieri vengono dal cuore
Educare all'ascolto
di Giannelli A.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

- 23** Il Progetto innovativo TR65
Budget di salute dell'ASST Pavia
di Abbiati V., Marraffini E., Aroasio P.L., Migliarese G., Politi P.
- 30** Study skills e intervento precoce
di Amato L., Flauto S., Tirelli V., Meneghelli A., Monzani E.
- 35** Suonare per curare: il gruppo musica in riabilitazione psichiatrica
L'esperienza riabilitativa musical-letteraria nel vivere il tempo "so-speso" del primo lockdown
di Besana F., D'Amato M., Tanzi A., Silva A., Rocchetti M., Farinella E., Politi P.
- 46** La personalizzazione della cura nella schizofrenia
Un caso clinico
di Cusi L., Porcellana M., Morganti C., Percudani M.
- 53** I percorsi dell'urgenza
Rilevazione dell'intervento urgente psichiatrico presso il DEA del P.O. San Carlo Borromeo nel corso della seconda ondata della pandemia da COVID-19
di Grecchi A., Beraldo S., Maresca G., Martini A., Ferrarini F., Fui E., Faraci G., Santini A., Petri E., Salvaggio F., Tisi G., Gallotti P., Colombo M., Carozzi A., Magnolfi V., Candotti S., Ranieri R., Sileoni A., Miragoli P.

- 60** Psichiatria e migrazione
Dal riconoscimento della vulnerabilità all'accompagnamento alla cura di pazienti migranti, richiedenti asilo e vittime di tortura
di Marzagalia M., Calatroni R., Zanobio A., Cardullo A., Contini M., Curia M., Mosca L., Ruffetta C., Stirone V., Percudani M.

- 72** L'esperienza di una struttura residenziale riabilitativa di ASST Lariana in Appiano Gentile dedicata ai giovani adulti
Gli interventi e gli esiti
di Molinari G., Alamia A., Di Noia M.P., Menni A., Pini M., Di Leva A., Brambilla M., Casarin N., Cominardi S., Fraticelli C.

- 80** Nuovi orientamenti della contenzione fisica nei servizi psichiatrici italiani
crocevia di una rivoluzione silenziosa
di Nichini C., Alecci E.

- 91** Insorgenza di disturbi psichiatrici in pazienti ospedalizzati per infezione da SARS COV-2
di Paletta S., Bonizzoni M., Vercesi M., Grasso F., Bertorello A., Grassi S., Cerveri G.

- 99** Recovery in psichiatria
di Vaccaro A.G., Mencacci C.

PSICHIATRIA FORENSE

- 115** La prescrizione farmacologica OFF LABEL in psichiatria
di Mantovani R. e Mantovani L.

LA RICERCA INFERMIERISTICA IN SALUTE MENTALE

- 117** L'intelligenza emotiva degli infermieri e la soddisfazione dell'utente nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura
Studio osservazionale
di Iacometti G., Parini A.M., Frediani G., Moro C.

IN COPERTINA: *Baigneuse (fragment)*, Henri Laurens, 1931
Collezione Tate Modern

© Marie-Lan Nguyen / Wikimedia Commons / CC-BY 2.5

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it



Il Progetto innovativo TR65

Budget di salute dell'ASST Pavia

*Vera Abbiati**, *Elisa Marraffini***,
Pia Luisa Aroasio[^], *Giovanni Migliarese[°]*,
Pierluigi Politi[†]

INTRODUZIONE

Dal 2017 il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze di ASST-Pavia annovera tra i Progetti Innovativi per la Salute Mentale l'implementazione del modello metodologico e operativo budget di salute (TR65), rifacendosi alle Regole di Sistema di Regione Lombardia che lo individuano come area prioritaria nelle azioni innovative ad indicare il tentativo di superare le criticità emerse nell'organizzazione degli interventi nell'ambito della salute mentale e in particolare rispetto alla residenzialità psichiatrica.

Le strutture psichiatriche residenziali hanno infatti rappresentato una risorsa molto importante per la Psichiatria a partire dalla legge 180/1978, nonché l'area che ha visto maggiori sviluppi e cambiamenti negli ultimi quarant'anni. Nel tempo sono però emerse molteplici criticità: in molti casi esse sono inoltre risultate molto onerose dal punto di vista economico e non efficienti in termini di esito; in molti situazioni appaiono esserci insufficienti interventi riabilitativi aventi come obiettivo il reale reinserimento degli utenti nel loro contesto territoriale, con scarsa integrazione con la comunità naturale del paziente e altrettanto limitate esperienze che vedono il lavoro come elemento centrale di recovery ed infine un ridotto "turnover", legato all'allungamento dei tempi di

degenza, che spesso ha condotto situazioni di istituzionalizzazione sanitaria di seconda generazione. Proprio quest'ultimo punto appare il più significativo: spesso i pazienti comunitari non hanno un'alternativa abitativa concreta rispetto alla struttura stessa, mancano di risorse economiche in grado di sostenerli nella loro ricerca e faticano davanti allo stigma ancora esistente verso la malattia psichiatrica. Dopo quelli che appaiono, anche per necessità clinica, lunghi percorsi di istituzionalizzazione, queste persone risultano spesso prive di una rete di sostegno esterna alla comunità o limitata all'ambito familiare, rendendo complesso, in totale autonomia, la nuova creazione di relazioni e spazi vissuti e condivisi con la comunità del territorio a cui si trovano a tornare. Tutto ciò ha quindi portato a promuovere, sia a livello nazionale che nella nostra Regione, un cambiamento di prospettiva volta a dare attenzione più che alla struttura sanitaria in sé, a progetti personalizzati per i pazienti in carico, puntando alla flessibilità e all'integrazione reale con tutti i servizi socio-sanitari e il terzo settore, nell'ottica di una welfare community.

In tale prospettiva si colloca il modello operativo "budget di salute" che rappresenta l'insieme di tutte le risorse, economiche, professionali e umane, rese disponibili ad una persona con gravi problemi di salute mentale per innescare un processo volto a ridare alla persona una maggiore stabilità clinica e un migliore funzionamento sociale, ponendosi come alternativa alla risposta tradizionale residenziale. Questo strumento è a tutti gli effetti un progetto di riabilitazione psichiatrica "recovery oriented", strutturato sui bisogni del paziente, vedendo come punto di partenza proprio la stesura di un

progetto terapeutico-riabilitativo individuale e condiviso, è flessibile e non è legato ad un tipo particolare di servizio o ad uno specifico erogatore.

Abbiamo quindi cercato di adattare questo modello operativo, già diffuso in altre regioni e in corso di sperimentazioni in varie realtà lombarde, nella nostra realtà territoriale, ponendo attenzione nello sviluppare percorsi e progetti alternativi alla residenzialità, sia nell'ottica di prevenire nuovi accessi, sia in quella di favorire le dimissioni dalle strutture sanitarie di pazienti alti utilizzatori dei servizi psichiatrici.

Il presente lavoro rappresenta un tentativo di descrivere, analizzare e modellizzare questa esperienza pilota, tra le prime in Regione Lombardia, nella prospettiva di un consolidamento della stessa.

MODELLO OPERATIVO

L'approccio al nuovo modello di lavoro ha evidenziato la necessità di strutturare una modalità operativa stabile: sono state quindi create tre microequipes dedicate, una per ogni Unità Operativa del D.S.M.D. (U.O. Pavia, U.O. Oltrepò, U.O. Lomellina), costituite da uno psichiatra, un infermiere nel ruolo di case manager, un TerP/educatore e un assistente sociale. Le microequipes fungono da interfaccia con gli operatori della propria U.O. nella selezione dei pazienti, con particolare attenzione all'appropriatezza dei casi proposti, stabilendo anche l'ordine di priorità di intervento.

Si è quindi arrivati a definire come specifici criteri di inclusione:

- Soggetti in dimissione da strutture psichiatriche residenziali, che necessitano di interventi integrati di supporto per permettere il rientro sul territorio;
- Soggetti ad alto rischio di inserimento in strutture psichiatriche residenziali;
- Soggetti con elevato numero di ricoveri in SPDC
- Presenza di diagnosi psichiatriche maggiori (F20.-F30.-F60.)

- Presenza di residue capacità lavorative
- Assenza di una rete familiare e/o di supporto all'abitare nella rete naturale
- Priorità alla fascia di età 18 – 54 anni.

Le microequipes procedono alla stesura del progetto individualizzato che seguiranno poi attivamente nella messa in pratica, fornendo supporto sia al paziente che ai partners privati, nell'ottica di sostenere la sua realizzazione. È stato quindi messo a punto nel corso di questi anni di esperienza un apposito strumento "Format del Progetto Personalizzato Socio-sanitario Budget di Salute-TR65". Questo prevede la definizione degli obiettivi specifici e delle aree di intervento, viene compilato dal case manager insieme all'utente beneficiario, al fine di sviluppare l'empowerment del paziente, ponendolo come figura attiva nel riconoscere i propri obiettivi prioritari e nel perseguirli.

Le microequipes si riuniscono mensilmente nelle riunioni del Gruppo Tecnico in cui, a seconda delle fasi dell'anno: vengono presentati i casi selezionati, viene stilata una graduatoria (e conseguente lista d'attesa) per effettuare la scelta dei pazienti arruolati, sulla base della gravità clinica e di una certa equità tra i territori, viene monitorato l'andamento del progetto, riportando eventuali situazioni critiche o drop-out, viene monitorato l'aspetto economico del progetto.

Ad affiancare e supportare il lavoro svolto dalle microequipes vi sono poi i partners, enti del privato sociale che hanno accettato di collaborare per la realizzazione dei progetti individuali. Per permettere una più ampia e trasparente partecipazione dal 2019 è prevista da parte di ATS una manifestazione di interesse pubblica per la loro identificazione e conseguentemente è attribuita una quota di spesa prevista, ma non vincolante, per l'anno in corso.

Con i partners sono fissate una riunione di presentazione del progetto, ad inizio anno, per chiarire le modalità operative e i rispettivi doveri e diritti e in media due riunioni operative nell'anno, per la presentazione dei

casi e la definizione delle partnership sui singoli progetti individuali. Una volta individuato il partner o i partners coinvolti nel singolo progetto, il D.S.M.D. stipula un “contratto” con il gestore privato per definire le modalità di intervento a cui il gestore deve attenersi, con la specifica dei costi economici prefissati. Seguono nell’anno una serie cospicua di riunioni tra microequipe e partners selezionati, sul singolo caso, sia per la sua realizzazione che per il monitoraggio dell’andamento, che prevede la possibilità di modificare gli interventi previsti e di conseguenza il contratto stipulato, sulla base di emergenti necessità. Tale contratto risulta essere il documento a cui dovranno fare fede i partners in termini di rendicontazione finale delle prestazioni. Tutte le riunioni effettuate nel corso dell’anno vengono verbalizzate per permettere di mantenere traccia dell’attività svolta e vengono rendicontate come prestazioni non riconducibili al paziente.

La valutazione di efficacia dei percorsi di cura è rilevata attraverso due diffusi strumenti di valutazione, entrambi validati. Il gruppo tecnico, a questo proposito, ha individuato due scale di valutazione da somministrare agli utenti all’inizio del progetto, a sei mesi e ad un anno. Sono utilizzate a tal fine la “HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales)” e la “WHO – Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS – II) – Versione 1988”.

In estrema sintesi, i progetti prevedono l’attuarsi di interventi su uno o più dei tre assi casa-lavoro – socialità, in particolare prevedendo:

- supporto a domicilio per la gestione domestica;
- intervento risocializzante
- intervento cura di sé
- borsa lavoro/inserimento lavorativo;
- affiancamento tirocinio lavorativo;
- gruppo appartamento
- partecipazione ad attività riabilitative di secondo livello (es. teatroterapia).

Di tali interventi, solo una parte è finanziata dal progetto e come tale erogata dai partners; la restante parte è frutto di cooperazioni e collaborazioni con la rete naturale (fa-

miglie, amministratori di sostegno), con associazioni di volontariato, privato sociale profit e no profit, aziende e singoli professionisti. Gli interventi finanziati dal progetto, quindi, sono stati solo una parte rispetto all’insieme di azioni necessarie a rendere concretamente possibile la riuscita dei progetti proposti, che ha avuto come attori centrali i C.P.S. dipartimentali.

A questo, parallelamente, si è affiancata l’attività di promozione del progetto e reperimento di ulteriori collaborazioni, anche per la soluzione dei numerosi problemi concreti che un percorso di deistituzionalizzazione comporta.

RESOCONTO ANALITICO DELLE ATTIVITÀ SVOLTE

Nel 2017, anno di inizio del progetto presso il nostro Dipartimento, sono stati arruolati 13 pazienti, la maggior parte dei quali ha ricevuto però solo interventi limitati e non integrati in un reale progetto di autonomizzazione; i drop-out sono stati infatti elevati (9 pazienti). Questo andamento è verosimilmente da riferirsi all’iniziale difficoltà, proseguita per una parte dell’anno successivo, nel prendere dimestichezza con questa nuova modalità di intervento, in primis per gli operatori stessi. I primi due anni si sono infatti inevitabilmente concentrati sulla modellizzazione dell’esperienza, tramite confronti ripetuti delle microequipe, proprio per elaborare modalità di lavoro, di supervisione, di selezione dei pazienti e di interventi tali da risultare i più efficaci possibili.

Nel 2018 i pazienti arruolati sono stati 21, permettendo le dimissioni dall’ambiente comunitario per 4 di essi ed evitando l’ingresso degli altri pazienti, tutti fortemente critici.

Nel 2019 sono stati selezionati 33 pazienti a livello dipartimentale. Di questi, 6 progetti non sono mai stati attivati, per lo più per l’aggravarsi delle condizioni cliniche dei pazienti e per la difficoltà a reperire gli interventi necessari.

In 27 casi è stato possibile partire con il progetto

elaborato; di questi, 3 pazienti sono andati incontro a drop-out, a diversi livelli del percorso: in due casi questo è stato connesso a fasi di scompenso del paziente, in un caso alla difficoltà a tollerare il passaggio di autonomia abitativa proposto.

A fine 2019 erano quindi attivi, divisi per U.O.:

- **U.O. Oltrepò:** 7 casi, di cui 6 supporti all'abitare e 1 inserimento lavorativo. Esperienza fondamentale del 2019 è stata la realizzazione di un'esperienza di abitare condiviso che ha visto la partenza, tramite il TR65, di un appartamento sito a Stradella, abitato da 4 pazienti coadiuvate nella quotidianità da due TerP messe a disposizione da un partner privato, permettendo da un lato tre dimissioni dalle comunità e dall'altro creando una delle prime esperienze di questo tipo del nostro territorio. Nel 2019 si è inoltre assistito al termine di due progetti: in un caso, il supporto dato dal progetto TR65 ha permesso il riavvicinarsi della paziente al suo territorio d'origine, nell'altro si è arrivati ad una stabilizzazione del paziente. Un'ulteriore esperienza di abitazione, con il reperimento tramite i partners privati dell'alloggio e del supporto educativo, è stata avviata a Voghera, permettendo la dimissione del paziente da una C.P.A. del territorio.
- **U.O. Vigevano:** 6 casi, di cui 2 supporti nell'area della socialità tramite educatore dedicato, 1 inserimento lavorativo, incrementato nel corso dell'anno in vista di una possibile assunzione del paziente direttamente dal partner stesso e 3 supporti all'abitare. Di questi ultimi uno è un progetto iniziato lo scorso anno, a segnalare la buona riuscita dello stesso. Per gli altri due è invece stata creata una situazione di cohousing, sfruttando la disponibilità di una paziente a condividere la propria abitazione.
- **U.O. Pavia:** 11 casi, di cui 5 supporti all'abitare; in due casi questo ha riguardato forme di cohousing tra utenti che si sono autonomamente "scelti" durante il precedente percorso comunitario e a cui è stato fornito un supporto educativo per imparare a gestire

adeguatamente questa nuova forma di autonomia condivisa, e 6 di inserimento lavorativo.

Nell'anno corrente il budget assegnato al progetto è rimasto invariato rispetto all'anno precedente, rendendo complessa l'introduzione di nuovi pazienti. Molti dei progetti avviati nel 2019 hanno necessitato infatti del loro rinnovo per il 2020 per permettere ai pazienti da un lato di proseguire nel percorso riabilitativo verso una più completa autonomia, difficilmente esauribile in un anno di interventi, e dall'altro di stabilizzare le competenze raggiunte. In più la situazione di emergenza legata alla pandemia da COVID-19 ha determinato un'ulteriore difficoltà per le equipe territoriali nel progettare nuovi interventi.

Risultati

Nel loro complesso, le persone reclutate per il Budget di Salute rispondono ai criteri adottati per le diagnosi di inclusione: il 57% è affetto da un disturbo schizofrenico o dell'area psicotica, il 28,5% da un disturbo di personalità e il 4% da un disturbo affettivo. Nel 20% dei pazienti vi è una concomitante diagnosi di dipendenza da sostanze o alcol. Rispetto all'età il 48,5% appartiene alla fascia dei 45-54 anni mentre solo l'8,5% ha un'età compresa tra i 18 e i 30 anni. Vi è una maggior prevalenza di uomini nel progetto (58%). Il 40% dei pazienti ha un diploma superiore mentre solo il 6% è laureato. Il 34% dei pazienti è stato dimesso da una struttura residenziale tramite il progetto, mentre il 22% è privo di una rete familiare naturale.

Sul piano economico, prendendo in esame l'anno 2019, il Progetto Innovativo TR65 ha visto una valorizzazione delle prestazioni pari a 173.693,30 euro. Di questi 43.063,18 euro corrispondono a prestazioni svolte dalle equipe territoriali sui pazienti arruolati nel progetto mentre 16.160 euro sono derivati dalle prestazioni non riconducibili al paziente svolti sempre dai componenti dell'equipe multidisciplinare dell'ASST. Infine, 114.470,12 sono le prestazioni effettuate dai partners (corrispondenti a 1.420

interventi), per una media di circa 4.700 euro a progetto.

Sul piano clinico, i pazienti arruolati hanno visto una riduzione significativa delle ospedalizzazioni e un miglioramento delle proprie condizioni cliniche e del proprio soddisfacimento personale.

CRITICITÀ RILEVATE

Nonostante gli obiettivi raggiunti finora, occorre rilevare il permanere di alcune criticità. Si è identificata infatti la necessità di individuare una strategia che permetta una maggiore fluidità e flessibilità nella contrattualizzazione con i partners, a causa della difficoltà a definire aprioristicamente sia le collaborazioni che potranno eventualmente realizzarsi sul territorio, sia gli effettivi percorsi terapeutici-riabilitativi che si concretizzeranno. La necessità di attribuire delle quote fisse di spesa ai partners complica notevolmente i rapporti con essi, soprattutto date le caratteristiche intrinseche del lavoro in psichiatria e quelle del grave paziente psichiatrico, che nonostante l'adeguatezza degli interventi può presentare, soprattutto nelle fasi di cambiamento, fasi di ricaduta, di scompenso o un rapido cambio delle proprie necessità, che possono richiedere una rimodulazione o una sospensione del progetto.

Dal punto di vista operativo, permane come criticità il reperimento di alloggi sul mercato privato. Il tentativo di coinvolgere Comuni e Piani di Zona si è rivelato per lo più infruttuoso, con una scarsa risposta di partecipazione da parte di queste realtà e una grande disomogeneità fra i tre territori del Dipartimento. Proprio per questo nel corso del 2020 sono state effettuate ripetute riunioni con gli assistenti sociali al fine di promuovere una più ampia e attiva collaborazione. La partecipazione del territorio permetterebbe infatti che alcuni aspetti del progetto, prettamente sociali, non gravino sul "Budget di salute", liberando così, almeno parzialmente, risorse utili.

Nel corso del 2019 si sono riscontrate difficoltà crescenti nel definire la formula più congrua dell'inserimento lavorativo, anche conseguenti alle modifiche delle leggi sul

lavoro in materia delle modalità di proroga dei tirocini al fine dell'inserimento lavorativo, che rende difficile il loro rinnovo. Legato a ciò è apparso anche più complesso richiedere ai partners di svolgere il ruolo di intermediari rispetto a risorse lavorative private del territorio, sempre per problematiche di legislazione del lavoro. Analogamente, sono emerse alcune criticità riguardo l'allargamento della platea dei partners. Se la manifestazione di interesse pubblica ha permesso la partecipazione di nuove realtà, resta comunque una difficoltà oggettiva la partecipazione da parte di realtà più piccole e meno solide, sia per le modalità di pagamento, che richiedono mesi per l'espletamento, sia per la necessità di inserimento delle prestazioni tramite l'applicativo Psiche Web. Tutto ciò fa sì che la competizione tra i partners, che si riterrebbe indispensabile, sia ancora molto limitata e soprattutto in ambito lavorativo permane un'offerta limitata.

Come gruppo tecnico ci si è inoltre a lungo interrogati sulle prospettive dei progetti, emergendo già da ora la problematicità dell'autonomizzazione completa dei pazienti inseriti. Questo infatti, per quanto auspicabile, appare una prospettiva che si scontra in primis con le reali caratteristiche psicopatologiche dei pazienti arruolati. Se certamente una parte considerevole dei pazienti gravi potrebbe trarre beneficio da una piena deistituzionalizzazione, appare invece improbabile che questi possano raggiungere una totale autonomia di vita, permanendo quindi la necessità continua di investimenti tramite il progetto, rischiando una sua saturazione in termine di risorse economiche. Nei pazienti meno gravi, che anzi sviluppano buone competenze socio-lavorative, l'esiguità di realtà extra-sanitarie in grado di offrire lavori adeguati alle abilità pur acquisite, rende altrettanto difficile l'uscita dal progetto.

CONCLUSIONI

Dal 2017 ad oggi si è quindi riusciti a implementare nel nostro D.S.M.D. la modalità operativa "Budget di Salute", raggiungendo dal 2017 ad oggi anche gli obiettivi di spesa

fissati come Progetto Innovativo. Essenziale è, ad oggi, poter usufruire di modalità collaudate e modellizzate di organizzazione, pianificazione e supervisione degli interventi, aspetti che hanno comportato un grosso lavoro iniziale ma che permettono oggi alle microequipes e ai partners di muoversi all'interno di una struttura conosciuta e regolamentata, pur se adattabile all'unicità dei bisogni dei pazienti.

Attualmente sono in fase di elaborazione le analisi delle scale somministrate ma appare già evidente come sul piano clinico i vari interventi abbiano portato ad una riduzione delle ospedalizzazioni dei pazienti arruolati, oltre a permettere varie esperienze di conclusione del progetto per il raggiungimento degli obiettivi fissati.

Il progetto Innovativo TR65 si è dimostrato ad oggi di significativo valore evidenziando come un'ottica che tenga sempre più conto dei bisogni specifici dei singoli utenti e dell'integrazione con le risorse del territorio possa permettere per alcuni pazienti una miglior gestione delle risorse allocate in psichiatria oltre che il raggiungimento di una più soddisfacente qualità di vita per gli stessi.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Psichiatra, referente del progetto innovativo TR65 dell'ASST Pavia*

** *Psichiatra, componente microequipe territoriale TR65, Pavia.*

^ *Psichiatra, Responsabile del progetto innovativo TR65, Direttore Unità operativa di psichiatria n 60, Oltrepò.*

° *Psichiatra, Direttore Unità operativa di psichiatria n 59, Lomellina.*

† *Psichiatra, Direttore del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze dell'ASST Pavia, Direttore Unità operativa di psichiatria n 57/58, Pavia, Direttore scuola di specializzazione in Psichiatria – Università degli Studi, Pavia.*

CORRISPONDENZA:

giovanni_migliarese@asst-pavia.it

BIBLIOGRAFIA

1. Federici S., Meloni F., Mancini A., Lauriola M., Belardinelli M. (2009), *World Health Organisation Disability Assessment Schedule II: Contribution to the Italian validation*, in “Disability and Rehabilitation”, <https://doi.org/10.1080/09638280802240498>.
2. Ferri M., Pellegrini P., De Santis I., *Dalla residenzialità psichiatrica al budget di salute*. Nuova rassegna studi psichiatrici, 2015; 12; 7.
3. 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.
4. 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.
5. Ministero della Salute (2016), *Rapporto salute mentale – Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM)*.
6. Percudani M., Cerati G. et al. (2013), *La psichiatria di comunità in Lombardia. Il Piano Regionale per la Salute Mentale lombardo e le sue linee di attuazione (2004-2012)*. McGraw-Hill Education, Milano.
7. Righetti A., *I budget di salute e il welfare di comunità*. Laterza editore, 2013. x
8. Rössler W. (2006), *Psychiatric rehabilitation today: an overview*. World Psychiatry 5, 3, 151-7.
9. Starace F. (2011), *Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di Salute*. Carocci Faber, Roma.
10. Vita A., Dell'Osso L., Mucci A. (2019), *Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica. Dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi di salute mentale, Vol. 2*. Giovanni Fioriti Editore, Roma.
11. Wirrmann Gadsby E. (2013), *Personal Budgets and Health: a review of the evidence*. Centre for Health Services Studies, University of Kent.
12. World Health Organization (2010), *L'empowerment dell'utente nella salute mentale. Una dichiarazione dell'Ufficio Regionale per l'Europa dell'O.M.S.* (Traduzione curata dalla Associazione Riabilita di Siena per conto del Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale).

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