



# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

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





# SOMMARIO

Anno XXXIV • n. 2 • luglio-dicembre

## 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 Arosio (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](mailto: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](mailto:info@psichiatriaoggi.it)  
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88  
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

### IN PRIMO PIANO

**5** Un intervento urgente per salvare il diritto alla cura per chi soffre di patologie mentali  
*di Cerveri G.*

**12** La salute mentale oggi e domani: quali speranze per il futuro?  
*di Percudani M. e Clerici M.*

### RECENSIONI

**15** In dialogo con la solitudine  
*Recensione, Commento, Divagazioni di Giannelli A.*

### SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

**19** Dati preliminari su un algoritmo di Natural Language Processing per l'identificazione di referti relativi a ideazione suicidaria nei Pronto Soccorso di ASST Lariana  
*di Alamia A., Calzolari R., Micieli W., Mingotto E., Sani E., Fraticelli C.*

**26** Anoressia Nervosa: trattamenti evidence-based e nuove prospettive  
*di Baccara A., Del Giudice R., Bertelli S., D'Agoŝtino A.*

**30** Il nulla che ferisce il sé - PARTE I  
*di Barbieri S., Soardo L., Bertelli S., Arosio P.L.*

**37** Il nulla che ferisce il sé - PARTE II  
*di Barbieri S., Soardo L., Bertelli S., Arosio P.L.*

**45** L'intervento cognitivo comportamentale di gruppo come strumento per la riduzione dell'aggressività in SPDC  
*di Bellini L., Papini B., Spera M., Vergani V., Mencacci C.*

**55** Una indagine preliminare sugli effetti del lockdown in un campione di istituti superiori della ASST Melegnano e della Martesana  
*di Camporota V., Carnevali S., Durbano F.*

**66** L'esperienza del Budget di Salute di Comunità in beneficiari con disturbo di Personalità  
*di Cardani C., Porcellana M., Morganti C., Di Bernardo I., Percudani M.*

**73** Team leader in sanità  
*Riflessioni sulla esperienza formativa del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze della ASST Melegnano e della Martesana come strumento di integrazione tra servizi differenti ma aggregati di Durbano F., Delvecchio G.*

**80** Il percorso di ricerca infermieristica nel Dipartimento di Salute Mentale.  
*L'esperienza dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano*  
*di Ferrara P., Capone A., Villa A., Oliverio V., Betella M., Destrebecq A., D'Agoŝtino A., Gambini O.*

**84** Covid e RSA, la salute psichica degli operatori ad un anno di distanza  
*di Grossi C., Gesi C., Consorti E., Fiorentini G., Bergamaschini L., Vercesi E., Cerveri G.*

IN COPERTINA: Caino, Giovanni Dupré, 1846

Museo Statale Ermitage, San Pietroburgo

© Yair Haklai / Wikimedia Commons / CC-BY-SA-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](http://www.psichiatriaoggi.it)



# SOMMARIO

AnnoXXXIV • n. 2 • luglio–dicembre

**94** **Basket Cases: marginalità e disagio psichico in adolescenza tra diagnosi e possibilità di presa in carico**  
*di Leon E., Bosetto D. & Clerici M.*

**114** **Il Disturbo da Gioco d'Azzardo e la comorbidità psichiatrica: oltre il concetto di doppia diagnosi**  
*di Limosani I., Ciliberti C., Longo L., Turco M., Percudani M.*

**121** **Dolore mentale e screening del rischio suicidario in un campione clinico di pazienti affetti da disturbi psichiatrici**  
*di Lucca G., Ielmini M., Trabucchi E., Aspesi G., Caselli I., Callegari C.*

**130** **Study skills training: sperimentare e valutare un approccio online in tempi di pandemia**  
*di Prini C., Amadei I., Colnaghi F., Fresco A., Grignani S., La Greca E., Lucchini B., Meliante M., Moreno Granados G. N., Parisi C., Pozzetti T., Amatulli A.*

**138** **L'impatto della pandemia da Covid-19 sul sistema di rete per il lavoro in psichiatria nella città metropolitana di Milano**  
*di Quarenghi A., Rubelli P., Sanna B., Fusi A., Mencacci C.*

**144** **I giovani e la pandemia: richieste di accesso ai servizi psichiatrici e correlazione con agiti autolesivi**  
*Uno studio condotto presso il CPS Giovani di Milano*  
*di Tagliabue S., Malvini L., Barbera S., Percudani M.*

**150** **Neurofeedback come strumento di valutazione e di trattamento per l'ADHD dell'adulto**  
*Il Programma Dafne in ASST Lariana*  
*di Uccello M., Massara A., Turati S., Fraticelli C.*

## PSICHIATRIA FORENSE

**154** **In mancanza di specifiche linee guida che cosa fare?**  
*di Mantovani R., Mantovani L.*

## CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

**156** **CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M. SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE**  
**Gli agiti aggressivi nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura**  
*Un'analisi retrospettiva*  
*di Camuccio C. A., Bonaldi E., Vitale E.*

**165** **CONTRIBUTO AITERP ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA E PSICOSOCIALE**  
**La riabilitazione psichiatrica ai tempi del covid-19**  
*Una riflessione a partire dall'esperienza del DSMD dell'ASST di Lodi*  
*di Scagliarini V., Fioletti B., Bonazzi I., Zaniboni F.*

## L'esperienza del Budget di Salute di Comunità in beneficiari con disturbo di Personalità

Cardani C. \*, Porcellana M. \*, Morganti C. \*,  
Di Bernardo I. \*, Percudani M. \*

### INTRODUZIONE

L'esperienza clinica ed evidenze sperimentali descrivono la gravosità in ambito territoriale della gestione di utenti affetti da Disturbi di Personalità, suggerendo la necessità di una presa in carico multisetoriale e multifattoriale.

Fondamentale per implementare e mantenere una stabilità clinica è instaurare una valida alleanza terapeutica, basata su obiettivi definiti consensualmente che valutino, con il progredire del tempo, le aree di funzionamento e fragilità del singolo.

Definire un progetto personalizzato volto all'aderenza terapeutica e ad una completa *recovery* significa integrare i bisogni del singolo con interventi psicosociali e farmacologici.

Il Budget di Salute (BdS) è *“un modello innovativo che favorisce l'integrazione tra il sistema di cura e il sistema di comunità”* (Pellegrini, 2019) e 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). La metodologia difatti 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.

Basandosi sulle esperienze già realizzate in maniera estensiva in Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia e Franciacorta, che hanno dimostrato una significativa efficacia degli interventi e un'ottima soddisfazione da parte

dei beneficiari (Ferri, 2015; Ridente, 2016; Materzanini, 2016), nel 2018 è stato avviato il Progetto “aMIcittà: Budget di Salute e Attivazione della Comunità”, finanziato da Fondazione Cariplo con capofila Cooperativa Lotta contro L'Emarginazione e come core partner sanitario il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano.

Il progetto aMIcittà ha voluto promuovere lo sviluppo di una comunità accogliente ed il protagonismo delle persone con disagio psichico, sperimentando il passaggio a un modello di “welfare comunitario”, dove le competenze sono messe a disposizione della persona con disagio mentale e del suo contesto per realizzare percorsi inclusivi, valorizzando le risorse dei beneficiari.

Grazie allo sviluppo e potenziamento delle equipe territoriali dei Centri Psicosociali (CPS) che hanno rilanciato il ruolo del *case manager* ed il lavoro di *assessment*, si è definito un metodo strutturato di programmazione dei Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati (PTRI), con uno stretto monitoraggio semestrale delle azioni effettuate e definite nei Contratti individualizzati *recovery oriented* e modulate a seconda delle necessità, delle possibilità e dei *desiderata* della persona, in ambito relazionale e sociale, formativo-lavorativo, e abitativo.

In particolare, con l'utenza in carico ai CPS dell'ASST GOM Niguarda affetta da Disturbo di Personalità, si è voluto focalizzare l'intervento su pazienti con bisogni complessi, quali un elevato carico familiare, assenza di rete sociale, situazioni di isolamento, frequente abbandono del programma terapeutico, o in procinto di essere dimessi da Strutture Residenziali.

Sono stati definiti in modo condiviso obiettivi a breve, medio e lungo termine, secondo 3 Assi (Abitare, Lavoro e Inclusione Sociale) ed è stato stipulato il Contratto di Progetto personalizzato di Budget di Salute di Comunità, inserito nel PTRI, contenente le azioni da intraprendere e le tempistiche.

## RISULTATI

A Settembre 2021 il Progetto aMIcittà contava 67 Budget di Salute attivati, di cui 22 per beneficiari con diagnosi di Disturbo di Personalità (ICD10 F60-69): 9 cluster A, 5 cluster B, 4 cluster C, 4 NAS. Dieci (45,4%) maschi e 12 (54,6%) femmine con un'età media di 39,32 anni (range 23-58 anni, ds 11,04), soprattutto celibi/nubili (n=19; 86,4%); 8 (36,4%) hanno un diploma di scuola media inferiore, 10 (45,4%) un diploma di scuola superiore e 4 (18,2%) sono laureati. Al momento della presa in carico del Progetto, 17 (77,3%) erano disoccupati, mentre 2 (0,9%) avevano un lavoro dipendente ed 1 un'attività saltuaria. In 17 (77,3%) vivevano al proprio domicilio (9 con la famiglia d'origine, 7 da soli, 6 con altre persone), 2 (0,9%) in Residenza Leggera (RL), 3 (13,6%) in una Struttura Residenziale (2 in CPA, 1 in CRA).

La maggioranza di loro (54,5%, n=12) presentava in anamnesi ricoveri in SPDC.

Per quanto riguarda le variabili testali al reclutamento (To), i risultati erano coerenti con i criteri d'inclusione e priorità adottate dal Progetto. In particolare, raggruppando i 12 items della *Health of Nation Outcome Scale* (HoNOS) nei 4 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 notava nel cluster sociale (1,67), evidenziando le problematiche relazionali, abitative ed ambientali degli utenti.

Gli stessi beneficiari, compilando autonomamente la *World Health Organization Quality Of Life* (WHOQOL-breve), segnalavano come particolarmente deficitaria l'area sociale (media 34,35) suggerendo la necessità di interventi correttivi.

Nella Recovery Star, infine, i punteggi medi più bassi si notavano nell'item "reti sociali" (5,18) e "lavoro" (5,59) confermando il bisogno di nuove prospettive e di supporto lavorativo, come evidenziato dal punteggio nella scala "capacità lavorative" della *Specific Level of Functioning* (SLOF (13,27).

Rispetto ai dati di efficacia, il tasso di ricoveri a 12

mesi tra i beneficiari del Progetto è stato del  $4/22 = 18,2\%$  contro il  $28,9\%$  (336/1164) dei pazienti del DSMD con percorso di cura "presa in carico" non coinvolti nel Progetto e scelti come gruppo di controllo.

Tutti i pazienti coinvolti nel BdS hanno migliorato la qualità della vita rispetto all'inizio del percorso su almeno una delle aree di intervento.

In particolare, le medie sono state confrontate mediante Test T per campioni appaiati con miglioramenti statisticamente significativi nelle seguenti variabili:

WHOQoL 1 "Area Fisica" ( $p=0.026$ ), WHOQoL "Area psicologica" ( $p=0.032$ ) WHOQoL 4 "Area Ambiente" ( $p=0.009$ ), Recovery STAR 9 "Identità ed Auto stima" ( $p=0.029$ ), SLoF "Accettabilità sociale" ( $p=0.026$ ).

I punteggi nelle scale a To e T1 sono riassunti in Tabella 1.

Tabella 1

	T0	T1
<b>HoNOS</b>		
H1 comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi, agitati	0,55	0,54
H2 comportamenti autolesivi	0,50	0,49
H3 problemi legati all'assunzione di alcool o droghe	0,20	0,23
H4 problemi cognitivi	0,65	0,71
H5 problemi di malattia somatica o disabilità fisica	0,85	0,92
H6 problemi legati ad allucinazioni o deliri	0,70	0,62
H7 problemi legati all'umore depresso	1,30	1,38
H8 altri problemi psichici e comportamentali	2,50	2,23
H9 problemi relazionali	2,40	2,38
H10 problemi nelle attività della vita quotidiana	1,05	1,15
H11 problemi nelle condizioni di vita	1,50	0,85

**Tabella 1**

H12 problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative	1,75	1,23
WHOQOL Breve		
WHOQOL Area fisica	93,65	98,91
WHOQOL Area psicologica	70,12	78,55
WHOQOL Area Sociale	34,35	37,45
WHOQOL Area dell'Ambiente	100,47	112,0

**RECOVERY STAR**

Gestione della propria salute mentale	6,14	6,12
Cura di sé	6,50	7,00
Abilità per la vita quotidiana	7,05	7,18
Reti sociali	5,18	5,59
Lavoro	5,59	6,12
Relazioni personali	5,86	6,29
Dipendenze	7,77	8,35
Responsabilità	8,14	7,82
Identità e autostima	5,94	6,29
Fiducia e speranza	5,77	6,41
SLOF		
SLOF Condizione Fisica	24,77	24,71
SLOF Competenze nella cura di sé	32,73	33,07
SLOF Relazioni interpersonali	23,18	24,64
SLOF Accettabilità sociale	32,21	33,43
SLOF Attività	49,91	50,93
SLOF Capacità lavorative	13,27	16,71

Rispetto ai Budget di Salute di Comunità, sono state attivate 42 azioni, così ripartite sui 3 assi:

- 15 nell'asse Abitare (supporto domiciliare e - per pazienti inseriti in Strutture Residenziali - ricerca di soluzioni abitative alternative offerte dai partner di Progetto o alloggi popolari del Comune di Milano).
- 12 nell'asse Lavoro (percorsi di orientamento, individuale o in gruppo grazie alla rete fra il Polo Lavoro

ed Integralavoro - Progetto Innovativo Regionale TR 106, ricerca di corsi di formazione professionalizzanti; inserimenti lavorativi, tirocini osservativi).

- 15 nell'asse Inclusione Sociale (inserimento nei Centri Diurni dei Servizi; uscite individuali sul territorio ed accompagnamenti, gruppi risocializzanti sia in modalità online che in presenza negli spazi dei Servizi e sul territorio, uscite tematiche quali visite a mostre, musei, luoghi di interesse pubblico; gite in provincia, una settimana di vacanza di gruppo).

Confrontando le valutazioni effettuate con la Recovery Star ad inizio progetto (t<sub>0</sub>) e dopo 12 mesi (t<sub>1</sub>), abbiamo notato un netto miglioramento in quasi tutte le aree, sintomo di fiducia nel proprio percorso da parte dei beneficiari e dell'oggettivo raggiungimento degli obiettivi a breve termine. L'unica area in cui si è visto un lieve peggioramento di media è l'area della responsabilità, individuale e civile: sentendosi maggiormente responsabilizzati nella cura della casa oppure nel doversi recare puntuali sul luogo di lavoro, tirocinio o formazione, i beneficiari hanno descritto una maggiore quota di stress percepito, mostrando al contempo una maggiore progettualità e consapevolezza. Nelle aree inerenti la gestione della propria salute mentale, il proprio senso di identità e la gestione delle relazioni (differente rispetto all'area della propria rete sociale) invece vi è stato un aumento costante di punteggio e miglioramento della propria condizione al baseline: l'adesione al Progetto e il clima di fiducia reciproca fra i beneficiari e l'equipe sono stati fondamentali per la compliance alla terapia e riabilitazione dei pazienti; il raggiungimento degli obiettivi definiti da se stessi ha migliorato di conseguenza l'autoestima e il senso d'identità, riuscendo dopo diverso tempo a vedersi collocati "in un posto nel mondo, con uno scopo" e arrivando anche ad ipotizzare un futuro; le varie esperienze gruppali e gli incontri individuali mirati alle social skills hanno poi contribuito a sviluppare relazioni più stabili e a maturare quelle già presenti nelle vite dei beneficiari.

Infine, aver pianificato progetti terapeutici e riabilita-

tivi personalizzati, ad hoc e *recovery oriented*, ponendo al centro il paziente, i suoi bisogni globali e il suo percorso, validato dalla Cura, ha giovato e migliorato la qualità di vita della maggioranza dei beneficiari, riducendo anche il numero di atti autolesivi e ricoveri nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (solo 4/22 pazienti).

## IL CASO DI C.

La paziente è una donna di 32 anni in carico al CPS competente da 6 anni con diagnosi di Disturbo di Personalità Emotivamente Instabile.

C. racconta di non aver avuto particolari difficoltà durante l'infanzia e l'adolescenza, a parte qualche contrasto con i genitori, descritti come "rigidi e esigenti". Le piaceva studiare con ottimo profitto, tanto che decide al termine del liceo di iscriversi alla facoltà di Medicina e Chirurgia, passando con successo il test d'ingresso. L'esordio psicopatologico viene riferito all'età di 22 anni quando, dopo la conclusione di un rapporto sentimentale, presenta un primo episodio depressivo, caratterizzato da apatia e anedonia che portano ad un progressivo ritiro sociale e abbandono degli studi di Medicina. Si rivolge ad uno specialista privato che imposta una terapia farmacologica assunta per alcuni mesi e poi sospesa per più di un anno, fino all'insorgenza di un secondo episodio depressivo. Si alternano dunque periodi caratterizzati da forte ansia sociale ed inadeguatezza per cui la paziente inizia ad abusare di benzodiazepine e periodi di relativo benessere e normotimia, fino al terzo episodio depressivo (26 anni), quando C. prende contatti con il CPS.

Lo stesso anno, agisce un TS mediante assunzione incongrua di benzodiazepine per cui viene ricoverata in SPDC. Discontinua nell'assunzione delle terapie ed alle visite in CPS, a 29 anni si rende necessario un nuovo ricovero per propositi suicidari.

Alla dimissione viene presentata all'equipe del Progetto aMIcittà.

La situazione clinica di presentazione era caratterizzata da ansia e vissuti di inadeguatezza, specie in contesti di

gruppo. Negli anni C. aveva interrotto molte amicizie, definite da lei disfunzionali, sparendo progressivamente anche da coloro che inizialmente le erano stati vicini, aumentando le proprie difficoltà relazionali. Dall'interruzione degli studi di Medicina, a causa delle varie condotte, non aveva ripreso gli studi; dalle dimissioni del ricovero, aveva iniziato a cercare lavoro come segretaria o impiegata *backoffice*, cambiando però spesso luogo di lavoro poiché "non si trovava bene" o "le chiedevano compiti che non le competevano", risultando così incapace di mantenere un impegno lavorativo costante e impegnandosi in numerosi corsi di formazione. La frustrazione e lo stress causato dai continui cambi di routine e dalla costante ricerca di un lavoro "migliore", si ripercuotevano in casa, in cui si affrontavano periodiche crisi di rabbia. Risultava invece sotto controllo la gestione delle condotte d'abuso di farmaci ed alcool, grazie anche alla terapia farmacologica assunta con costanza.

Dopo aver concordato con la microequipe del CPS la presa in carico di C. da parte del Progetto aMIcittà, inizia la fase di valutazione con la compilazione condivisa della *Mental Health Recovery Star* e l'individuazione dei bisogni principali:

- Asse Inclusionione Sociale, con l'obiettivo di sperimentarsi a livello relazionale in un contesto protetto, quale un gruppo di pari coadiuvato da un'operatrice, e riprendere ad uscire sul territorio per frequentare luoghi pubblici.
- Asse Lavoro, iniziando un percorso di orientamento e successivamente inserimento lavorativo.

Per l'area lavoro, inizia i colloqui di orientamento con l'AS del progetto: vengono individuate oltre alle aree di interesse, i punti di forza e fragilità di C., i contesti più tranquilli per lei, gli aspetti da evitare (es: luoghi troppo affollati e caotici, posizioni da centralinista). Viene quindi definito un progetto lavorativo *ad hoc*, strutturato in vari step: essendo molto capace grazie ai corsi che ha frequentato precedentemente, si procede subito con la revisione del CV e l'inserimento di questo nel *database*

del polo lavoro, così da poter intercettare nel breve tempo una postazione disponibile, come tirocinio osservativo inizialmente, eventualmente a tempo determinato poi grazie al riconoscimento della Legge 68/99 (“Norme per il diritto al lavoro dei disabili”).

Contemporaneamente, viene inserita nel “gruppo delle ragazze”, composto da altre beneficiarie del Progetto, anch’esse con un’età compresa fra i 20 e i 35 anni, con cui confrontarsi sul proprio percorso (un pomeriggio a settimana), ma anche organizzare uscite sul territorio, quali visite a mostre organizzate, musei, pomeriggi al cinema. C. viene anche aggiunta nella chat di gruppo, in cui si mostra socievole.

Progressivamente, dopo i primi giorni, si nota un maggiore ritiro sociale, non partecipa alla scelta dell’uscita settimanale e tende a non rispondere alle sollecitazioni dell’educatrice. Ci informa di non voler partecipare all’attività poiché troppo stimolata, preferendo le uscite in rapporto 1:1. Concordiamo con C. e la microequipe di accogliere questa sua richiesta, mantenendo la presenza nella chat con le altre ragazze e alternando il colloquio settimanale con la case manager con un’uscita individuale, in vista di una partecipazione ad un micro-gruppo, composto da 2-3 persone.

A due mesi dall’avvio del progetto, C. comunica via email di voler sospendere gli incontri sia con la TeRP che con l’AS, in quanto ha autonomamente trovato lavoro *fulltime* come segretaria in un ambulatorio privato rivolto a giovani con diagnosi di Dipendenza Patologica. La invitiamo a confrontarsi con noi, ma si nega in quanto ha “già accettato perché era un’offerta non rifiutabile”. Interrompe i contatti per diverse settimane, fino a quando non scrive un’email di scuse, manifestando uno stato di sconforto e sofferenza tale da richiedere un ricovero immediato. Labile, piangente, descrive di essere sopraffatta dal troppo lavoro, dall’ambiente molto esigente, dalle responsabilità che le vengono affidate. Una volta tranquillizzata, analizziamo l’escalation delle ultime settimane e rivediamo insieme il progetto individuale,

concordando di rimodularlo e fidarci reciprocamente.

Ricominciano i colloqui con l’AS e la ricerca attiva di un tirocinio osservativo *part-time*, che possa far riprendere a C. una routine sostenibile e riprendono anche i colloqui individuali con la Terp.

Inizia invece un periodo frenetico in cui C. ricontatta le amicizie universitarie, inizia una relazione affettiva, cerca insistentemente un contatto con l’educatrice del gruppo; sostiene contemporaneamente diversi colloqui di lavoro, informando il servizio a posteriori e di fatto evitando un confronto sulle varie opzioni; si iscrive in palestra che inizia a frequentare diverse volte la settimana, inizia la ristrutturazione di una casa di famiglia.

In equipe viene deciso di rivedere il PTRI ma C. conferma la propria volontà di autonomia e si concorda dunque di chiudere il Progetto.

Compilando nuovamente la Recovery Star, C. valuta di avere acquisito le abilità che le mancavano dichiarando di essere pronta a “camminare da sola”, chiedendo al contempo la possibilità di un supporto laddove ne sentisse la necessità per cui rimangono come figure di riferimento il medico psichiatra, con cui continuerà a monitorare la terapia farmacologica, e la tutor del Polo Lavoro al bisogno, con un ruolo di mantenimento.

In equipe ci siamo confrontati a lungo sul caso di C.: probabilmente abbiamo dapprima messo in campo troppe azioni, sollecitati dalla paziente stessa, con il risultato iniziale di averla sopraffatta di stimoli che non è riuscita a sopportare. Dalla chiusura formale del Progetto siamo rimasti a disposizione di C., la quale ha confermato di aver comunque bisogno di un contatto assiduo, ma con un’operatrice scelta da lei, con i tempi e le modalità che preferisce, oltrepassando le indicazioni e le regole concordate inizialmente con la cura.

Di seguito sono riportate la valutazione HoNOS (Tabella 2.), compilata dalla microequipe di cura, e la Mental Health Recovery Star, compilata con la paziente. Da entrambe le valutazioni si evince un generale miglioramento in alcune aree di funzionamento, in primis l’area



Tabella 2.

C.	h1	h2	h3	h4	h5	h6	h7	h8	h9	h10	h11	h12
t0	1	2	0	0	0	0	2	2	3	1	0	2
t1 (6 mesi)	1	1	0	0	0	0	2	1	3	1	0	2
t2 (12 mesi)	1	1	0	0	0	0	2	1	2	0	0	1

lavorativa, grazie alle esperienze positive maturate dopo il primo momento di crisi e dimissioni, e un miglioramento più lieve nelle reti sociali, grazie al lungo e costante lavoro che ha fatto capire a C. come non scappare davanti alle discussioni. È molto migliorata rispetto alla prima fase di presentazione anche la gestione della quotidianità, avendo ripreso ad uscire di casa anche da sola, e la cura di sé, riferita principalmente alla cura dell'aspetto fisico. Avendo raccolto risultati positivi è di conseguenza aumentata la valutazione della propria autostima, fiducia in sé e senso d'identità.

La gestione della propria salute mentale per C. è positiva: c'è più *compliance* con la farmacoterapia, assunta regolarmente, mentre oggettivamente resta oscillatoria la relazione con i curanti e la propria dipendenza dal cibo, correlata allo stato d'animo della paziente.

## CONCLUSIONI

La presa in carico di pazienti con disturbo di personalità richiede una flessibilità e personalizzazione degli interventi ed una valida coesione dell'equipe curante che deve essere pronta a rimodulare progetti ed obiettivi in base alle necessità dell'utente.

In questo senso il modello del budget di salute di comunità, con i suoi strumenti di assessment e le revisioni temporali del contratto con l'utente, conferma la sua validità per rispondere ai bisogni variegati dei beneficiari, mantenere la compliance e la relazione terapeutica con il Servizio.

### AFFERENZA DEGLI AUTORI

\* *Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze*  
*ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda*

### CORRISPONDENZA

[matteo.porcellana@ospedaleniguarda.it](mailto:matteo.porcellana@ospedaleniguarda.it)

## BIBLIOGRAFIA

1. Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS-WHO), *ICD 10: Decima revisione della Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei Disturbi Psicici e Comportamentali*. Criteri diagnostici per la ricerca, Masson, 1995.
2. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, Raffaello Cortina ed, 2013
3. Righetti A., *I budget di salute e il welfare di comunità*, Laterza editore, 2013.
4. Ferri M., Pellegrini P., De Santis I., *Dalla residenzialità psichiatrica al budget di salute*. Nuova rassegna studi psichiatrici, 2015; 12; 7.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. Morganti C., Porcellana M., et al, *L'esperienza Budget di Salute di Comunità dell'ASST GOM Niguarda con AMicittà: metodologia e dati preliminari*, Psichiatria Oggi, 2019; XXXII(1):88-94.

## 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](mailto: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](mailto: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