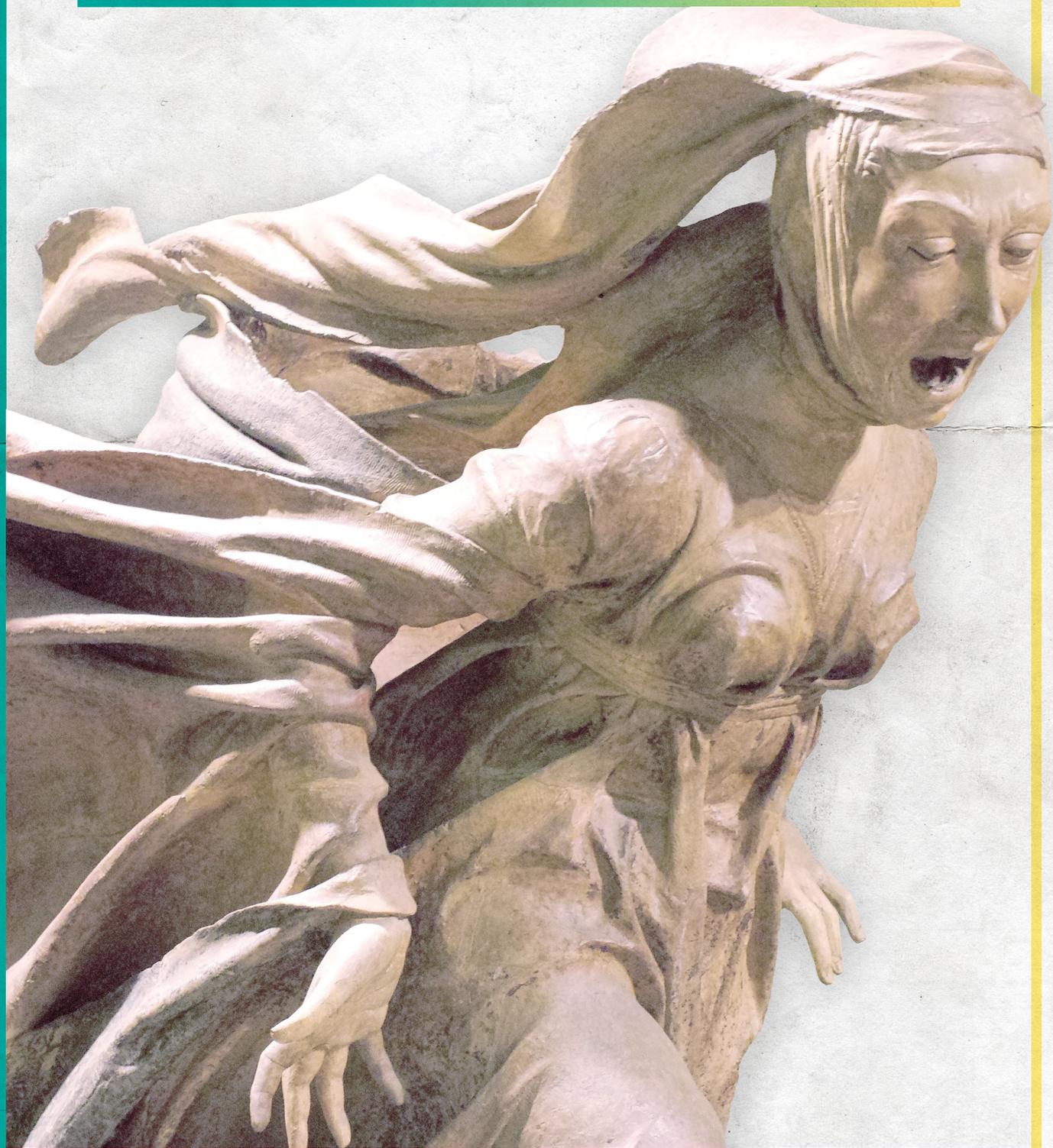




PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

AnnoXXXV • 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 Novell (Bergamo)
Pasquale Campajola (Gallarate)
Giancarlo Belloni (Legnano)
Marco Toscano (Garbagnate)
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 stabilito dalla 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

5 Stati mentali a rischio: traiettorie diagnostiche e trattamentali
di Cerveri G.

13 Verso un Agenzia Nazionale per la Salute Mentale
di Mencacci C.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

16 Documento di consenso AcEMC, CNI-SPDC, SIP-Lo, SITOX sulla valutazione e il trattamento del paziente adulto con disturbo comportamentale acuto in Pronto Soccorso
di Paolillo C., Lerza R., Casagrande I., Bondi E., Fraticelli C., Cerveri G., Lonati D., Petrolini V., Locatelli C.

20 Un modello per il trattamento dei disturbi psichiatrici comuni: oltre un decennio di attività dell'ambulatorio per l'ansia e la depressione della Psichiatria Varese
di Caselli I., De Leo A., Isella C., Montagnoli M., Finotti P., Bellini A., Ielmini M., Callegari C.

28 Il progetto adolescenza, disagio giovanile, territorio
di Cerati G., Belloni G., Parola L., Violino A., Colombini C.

37 Applicazione del modello della coalizione comunitaria in un servizio di salute mentale per i giovani: la Coalizione Comunitaria CPS Giovani-Contatto
di D'Avanzo B., Cerri A., Barbera S., Righetti T., Percudani M.

45 Il conflitto in Ucraina come possibile fattore di rischio per riacutizzazione psicotica: un caso di psicosi puerperale in giovane donna di origine ucraina
di Grecchi A., Beraldo S., Cigognini A.C., Maresca G., Minagoli P.

49 Vivere all'altezza di morte
Note cliniche sulla connessione tra trauma infantile, PTSD legato a traumi bellici e sua riattivazione a distanza
di Leali P., Barbieri S., Capra B., Aroasio P.L.

60 Inclusione territoriale di migranti forzati con disagio psichico. Implementazione di un modello sperimentale di interventi integrati per la diagnosi precoce, abilitazione e riabilitazione.
di Leon E., Miragliotta E., Colmegna F., Clerici M.

71 Esiti del progetto aM Città: budget di salute di comunità
di Morganti C., Porcellana M., Baldan L., Biancorosso C., Canton S., Cerri A., Fontana R., Lanzo F. R., Macchia P., Malchioldi F., Codazzi L., Motto D., Savino C., Vairelli F., Zanobio A., Percudani M.

81 Ogni cura ha una storia
di Rabboni M.

LETTERE ALLA REDAZIONE

88 L'agonia della psichiatria di Eugenio Borgna
di Giannelli A.

90 Ugo Cerletti nel secolo breve
di Patriarca C.

IN COPERTINA: *Compianto sul Cristo morto di Niccolò dell'Arca, 1463-1490*
Chiesa di Santa Maria della Vita, Bologna
© Paolo Villa VR / Wikimedia Commons / CC BY-SA 4.0

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



SOMMARIO

AnnoXXXV • n. 1 • gennaio–giugno

CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

96 CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.
SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE
INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE
**L'assistenza infermieristica
all'adolescente con disagio psichico
in sþdc: validazione di uno strumento
d'indagine esplorativa**
*di Merlini R., Vescovi A.G., Scaburri A.
Galbiati G.*

114 CONTRIBUTO AITERP
ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA
RIABILITAZIONE PSICHIATRICA
E PSICOSOCIALE
**Stato dell'arte e storia della professione
del Tecnico della Riabilitazione
Psichiatrica**
di Fioletti B., Casella N., Scagliarini V.

SEZIONE TECNOLOGIA IN PSICHIATRIA

119 Nuove tecnologie in psichiatria: tra
teoria e pratica
*Uno sguardo sul presente e sul prossimo
futuro. Le opportunità e i rischi dello
sviluppo tecnologico*
di D'Agostino A., Migliarese G.

123 Nuove tecnologie in psichiatria e pratica
clinica. Una riflessione critica
di Alamia A.

126 Telemedicina in Psichiatria: il progetto
COD₂₀ (Cure Ospedaliere Domiciliari)
di Palazzo M.C.

131 La personalizzazione dei trattamenti
psicofarmacologici in psichiatria:
focus sui test farmacogenetici
di Callegari C., Ielmini M.

135 Stranger things: un'analisi delle
prospettive future in psichiatria
di Olivola M.

SEZIONE PSICHIATRIA FORENSE

145 La paura del salnitro
*Storia delle Misure di Sicurezza e caso
della signora MM*
*di Grasso F., Bonizzoni M., Paletta S.,
Vercesi M.*

153 Le REMS e i problemi di sicurezza
di Mantovani L., Mantovani R.

Esiti del progetto aMIcittà: budget di salute di comunità

Morganti C.; Porcellana M.*; Baldan L.‡,
Biancorosso C.*; Canton S.°; Cerri A.#; Fontana
R.*; Lanzo F.R.*; Macchia P.°; Malchiodi F.*;
Codazzi L.*; Motto D.°; Savino C.°; Vairelli F.*;
Zanobio A.*; Percudani M.**

ABSTRACT

Obiettivi

Il progetto aMIcittà: Budget di Salute e Attivazione della Comunità è stato finanziato ad ottobre 2018 nei bandi Cariplo di Welfare in azione ed ha avuto come ente capofila la Cooperativa Lotta contro l'Emarginazione ed il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda come partner sanitario. In questo progetto si è messo a punto un metodo per la sperimentazione del Budget di salute di Comunità finalizzato alla promozione di un percorso di cura recovery-oriented, con la partecipazione attiva e la responsabilizzazione degli utenti, finalizzata al recupero dei loro diritti di cittadinanza.

Risultati

Sono stati reclutati 67 utenti. 37 (55,2%) maschi e 30 (44,8%) femmine con un'età media di 40,31 anni (range 23-59 anni, ds 11,02), soprattutto celibi/nubili (n=59; 88%) con una diagnosi di Schizofrenia (n=31; 46,3%). Nei tre anni di progetto sono stati attivati 63 contratti di Budget di Salute di Comunità: 60 (95,2%) hanno previsto interventi sull'inclusione sociale; 35 (55,5%) di sostegno all'abitare; 37 (58,7%) sul lavoro. Il tasso di ricoveri nel periodo considerato tra i beneficiari del Progetto è stato del $8/67 = 11,9\%$ contro il 22,7% (314/1380) del gruppo di controllo. Inoltre il 93,3% (42/45) dei beneficiari hanno migliorato la qualità della vita rispetto all'inizio del percorso in almeno una delle aree di intervento.

Conclusioni

Il Progetto aMIcittà ha fornito un'opportunità per sperimentare l'attuazione del budget di salute di comunità e di dimostrarne l'efficacia ed efficienza. Ha permesso un ripensamento delle modalità operative dei Servizi favorendo un approccio orientato alla recovery e motivato alla costruzione di reti con realtà del terzo settore e del volontariato poiché il miglioramento delle possibilità di cura e di inclusione sociale delle persone afflitte da disturbi mentali gravi è 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.

INTRODUZIONE

Il progetto aMIcittà: Budget di Salute e Attivazione della Comunità è stato finanziato ad ottobre 2018 nei bandi Cariplo di Welfare in azione, ha avuto come ente capofila la Cooperativa Lotta contro l'Emarginazione ed il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda come partner sanitario (Morganti et al., 2019). In questo progetto si è messo a punto un metodo per la sperimentazione del Budget di salute di Comunità per la promozione di un percorso di cura recovery-oriented, con la partecipazione e la responsabilizzazione degli utenti, finalizzata al recupero dei loro diritti di cittadinanza.

L'orientamento alla recovery è il cuore metodologico del progetto che pone l'attenzione sul protagonismo della persona, sia rispetto al proprio progetto di cura, sia verso la comunità, attraverso lo strumento del Budget di Salute che, coerentemente con i dettami della LR 29 2016 n°15, sarà utilizzato per promuovere l'integrazione delle prestazioni sanitarie con quelle sociali attraverso progetti individualizzati che mettano a sistema risorse (in parte già presenti) di tipo sanitario e sociale, con il coinvolgimento della realtà locale e delle risorse degli utenti.

Ci si è dato l'obiettivo di migliorare il benessere e le condizioni di vita dei beneficiari con problemi di salute

mentale in carico ai servizi e si è valutata la qualità della vita secondo tutti i suoi molteplici determinanti, secondo una visione olistica della persona.

Nel corso delle azioni del progetto si è fatto il possibile per diffondere attitudini non stigmatizzanti ma solidali ed inclusive, si è cercato di promuovere un cambio di paradigma, da una pratica orientata al solo trattamento ad una pratica che coinvolgesse amici, famigliari, e l'intera comunità per un'autentica inclusione sociale e promozione della salute mentale.

I budget di salute di comunità sono progetti intensivi fortemente territoriali alternativi all'inserimento in strutture psichiatriche che prendono in considerazione la persona nel suo complesso e cercano di dare risposte sul piano abitativo, lavorativo e di inclusione sociale, grazie al supporto degli operatori ed al coinvolgimento degli abitanti.

I budget di salute di comunità, infatti, mettono a disposizione della persona non solo risorse economiche, ma anche il capitale sociale e relazionale della comunità locale.

Il progetto si è mosso su due azioni principali in cui si sostanzia il cambiamento. La prima è "L'attivazione della comunità" vista come uno dei più importanti tasselli di supporto ai Budget di Salute: il progetto, infatti, vuole favorire la crescita della comunità stessa come soggetto. Si è lavorato nella logica di far crescere un senso di responsabilità, competenze e senso di appartenenza alla comunità dei soggetti perché possano essere in grado di risolvere i problemi che hanno e di aiutarsi reciprocamente. La seconda è la costruzione di "reti sociali naturali" nella consapevolezza che una comunità attiva possa prefigurarsi come comunità curante, capace di offrire tutela nei propri confronti e in quelli dei singoli; ovvero lo sviluppo comunitario in relazione alla crisi del welfare state.

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 è rivolto al bacino territoriale del DSMD dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda che insiste sulla Municipalità 9 e parzialmente sulle Municipalità 2 e 3 del comune di Milano. Il DSMD ha coinvolto 3 Centri psico-sociali (CPS) che garantiscono assistenza e tutela della salute mentale a una popolazione di riferimento di 348.894 abitanti, circa un quarto della popolazione milanese (abitanti totali 2021 n=1.386.285).

Annualmente entrano in contatto con le Strutture del DSMD oltre 5.000 pazienti (nel 2020 n= 5.874), 3157 donne (53,7%) e 2717 uomini, con un tasso standardizzato di 167,8 per 10.000 abitanti (valore 2018 Lombardia 174,3 e 166,6 Italia). I pazienti che sono entrati per la prima volta in contatto con il DSMD sono stati 576, 467 dei quali (81,1%) hanno avuto contatto con i Servizi per la prima volta nella vita.

La percentuale di nuclei famigliari composti di 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 2020 presso il DSMD gli utenti in carico erano 4.756, di cui 1211 portatori di bisogni clinici complessi inseriti nel percorso di cura di "Preso in carico" (25,5% 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 277 erano inseriti in percorsi residenziali (n=56) o semiresidenziali (221) in Strutture del DSMD.

Regione Lombardia per i soli ricoveri in comunità ha speso il 70% dei fondi destinati alla Salute Mentale per l'anno 2020. 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 partnerariato 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 sono attivati percorsi con la metodologia del "Budget di Salute" che hanno utilizzato sia le risorse professionali sia quelle della persona, dei suoi familiari e del suo ambiente sociale.

Il Budget di Salute di Comunità è un progetto riabilitativo individualizzato rivolto a persone con disagio psichico grave 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 si sono 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 ha previsto 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 della presa in carico sul territorio al fine di prevenire l'inserimento 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 sono costituite 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 fornisce 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 problematicità 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 prevencono di nuovi.

MATERIALI E METODI

Nell'ambito del Progetto aMiCittà, attivo dall'ottobre 2018 al dicembre 2021, si è costituito un Gruppo di Lavoro 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 sono state effettuate delle rivalutazioni sull'andamento del progetto anche mediante la compilazione del PTI, HoNOS, SLOF, Recovery STAR, e WHOQOL-bref. Con tali scadenze si sono anche rivisti gli obiettivi del contratto di budget di salute, decidendo eventuali interruzioni, variazioni o cambiamenti.

I primi otto mesi del progetto sono stati dedicati a definire il modello e poi sono stati attivati i percorsi individualizzati, a partire dall'ascolto dei beneficiari, dalle loro idee e dalle loro speranze e bisogni. I tre assi di intervento principali riguardano l'abitare, il lavoro e l'inclusione sociale. In questo ultimo asse entra in gioco la connessione con la comunità: dalla palestra, all'ente culturale, alla parrocchia poiché comunità non è solo quella strutturata, ma è quella peculiare di ogni persona, la sua rete naturale: un ex compagno di classe, un amico, un vicino di casa, persone legate alla sua storia passata e presente.

Tabella 1

| | T0 | T1 |
|--|-----------|-----------|
| HONOS | | |
| H1 comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi, agitati | 0,67 | 0,61 |
| H2 comportamenti autolesivi | 0,39 | 0,37 |
| H3 problemi legati all'assunzione di alcool o droghe | 0,55 | 0,49 |
| H4 problemi cognitivi | 0,73 | 0,71 |
| H5 problemi di malattia somatica o disabilità fisica | 0,76 | 0,69 |
| H6 problemi legati ad allucinazioni o deliri | 1,27 | 1,12 |
| H7 problemi legati all'umore depresso | 1,20 | 1,08 |
| H8 altri problemi psichici e comportamentali | 2,08 | 1,92 |
| H9 problemi relazionali | 2,37 | 2,22 |
| H10 problemi nelle attività della vita quotidiana | 1,76 | 1,57 |
| H11 problemi nelle condizioni di vita | 1,29 | 1,24 |
| H12 problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative | 1,33 | 1,10 |
| WHOQOL Breve | | |
| WHOQOL Area fisica | 94,45 | 98,94 |
| WHOQOL Area fisica | 75,69 | 80,71 |
| WHOQOL Area Sociale | 36,08 | 38,37 |
| WHOQOL Area dell'Ambiente | 105,85 | 111,42 |
| RECOVERY STAR | | |
| Gestione della propria salute mentale | 6,11 | 6,78 |
| Cura di sé | 6,31 | 7,07 |
| Abilità per la vita quotidiana | 6,65 | 7,02 |
| Reti sociali | 5,29 | 5,93 |
| Lavoro | 4,98 | 5,13 |
| Relazioni personali | 5,91 | 6,02 |
| Dipendenze | 7,87 | 8,24 |
| Responsabilità | 7,91 | 7,89 |
| Identità e autostima | 6,07 | 6,43 |
| Fiducia e speranza | 5,72 | 6,19 |
| SLOF | | |
| SLOF Condizione Fisica | 24,77 | 24,70 |
| SLOF Competenze nella cura di sé | 32,57 | 32,52 |
| SLOF Relazioni interpersonali | 23,58 | 25,20 |
| SLOF Accettabilità sociale | 33,33 | 34,35 |
| SLOF Attività | 49,32 | 49,18 |
| SLOF Capacità lavorative | 10,22 | 13,73 |

RISULTATI

Dal febbraio 2019 al maggio 2021 (termine ultimo per attivare i BDS), sono stati segnalati 67 pazienti. 37 (55,2%) maschi e 30 (44,8%) femmine con un'età media di 40,31 anni (range 23-59 anni, ds 11,02), soprattutto celibi/nubili (n=59; 88%).

Le diagnosi ICD-10 sono state:

- F20 (Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti) nel 46,3% dei casi (n=31), F60 (Disturbi della Personalità e del comportamento) in 18 (26,7%), F30 (Sindromi affettive) in 9 (13,4%).
- 17 (25,4%) hanno un diploma di scuola media inferiore, 41 (61,2%) un diploma di scuola media superiore e 9 (13,4%) sono laureati. 53 (79,1%) sono disoccupati, 5 (7,5%) hanno un lavoro dipendente e 5 (7,5%) un'attività saltuaria.
- 50 (74,6%) vivono al proprio domicilio (31 con la famiglia d'origine, 14 da soli, 5 con altre persone).
- 3 (4,5%) in Residenzialità Leggera (RL), 11 (16,4%) in Struttura Residenziale: 5 in CRA, 4 in CPA, 1 in CRM, 1 in CPM.

La maggioranza di loro (67,2%, n=45) presentava in anamnesi ricoveri in SPDC.

Per quanto riguarda le variabili testali i punteggi nelle scale a To e Ti sono riassunti in Tabella 1

Rispetto ai contratti di Budget di Salute di Comunità, ne sono stati attivati 63: 60 (95,2%) hanno previsto interventi sull'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); 35 (55,5%) di sostegno all'abitare (6 attivazione di Housing, 29 supporto abitativo e visite domiciliari); 37 (58,7%) sul lavoro (13 attivazione di tirocinio, 24 attività di orientamento, invio GDL Niguarda); 20 (31,7%) sul piano economico (8 nomina di Amministratore di Sostegno, 12 supporto gestione denaro, contributo).

Rispetto ai dati di efficacia, il tasso di ricoveri nel

periodo considerato tra i beneficiari del Progetto è stato del $8/67 = 11,9\%$ contro il $22,7\%$ (314/1380) dei pazienti del DSMD con percorso di cura "presa in carico" non coinvolti nel Progetto e scelti come gruppo di controllo.

Il 93,3% (42/45) dei beneficiari hanno migliorato la qualità della vita rispetto all'inizio del percorso in 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:

HoNOS 12 "Disponibilità di risorse ricreative" (p=0.015); WHOQoL 1 "Area Fisica" (p=0.009), WHOQoL 3 "Area sociale" (p=0.027) WHOQoL 4 "Area Ambiente" (p=0.026); Recovery STAR 1 "Gestione della propria salute" (p=0.004), Recovery STAR 2 "Cura di sé" (p=0.001), Recovery STAR 9 "Identità ed Autoestima" (p=0.017), Recovery STAR 10 "Fiducia e speranza" (p=0.039), SLoF 3 "Relazioni interpersonali" (p=0.003), SLoF 4 "Accettabilità sociale" (p=0.002), SLoF 6 "Lavoro" (p=0.001).

DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

Per quanto riguarda le variabili cliniche e testali i risultati preliminari sono coerenti con i criteri d'inclusione e priorità adottate dal Progetto al reclutamento (To). 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 (1,75), 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 35,26) suggerendo la necessità di interventi correttivi.

Nella Recovery Star, infine, i punteggi medi più bassi si notavano nell'item "reti sociali" (5,11) e "lavoro" (4,92)

confermando il bisogno di nuove prospettive e di supporto lavorativo, come evidenziato dal punteggio nella scala “capacità lavorative” della *Specific Level of Functioning* (SLOF (10,55)).

Questi anni di lavoro hanno permesso:

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

aMIcittà, per tutti i suoi 63 beneficiari, ha quindi composto una microéquipe che comprende, oltre agli operatori, gli Esp (Esperti in Supporto tra Pari, persone che hanno elaborato un proprio vissuto di difficoltà psicologiche personali come utenti psichiatrico e che ora mettono a disposizione le proprie esperienze di vita) e queste reti naturali, i facilitatori naturali scoperti attraverso l'esplorazione delle reti si sono dimostrati essenziali, hanno permesso di arrivare dove gli operatori non arrivavano. Esiste una comunità che desidera essere di aiuto, e da una parte abbiamo dato un ruolo a queste persone, dall'altra abbiamo garantito loro il supporto di un accompagnamento, un contesto dove loro sanno che se ci sono delle difficoltà possiamo intervenire.

Sia questi facilitatori naturali sia gli Esp sono stati e sono davvero significativi per la riuscita dei budget di salute. Anche se ogni percorso è diverso, è un lavoro di cucitura continua, perché cambiano le richieste e i bisogni anche in corso d'opera e ognuno può o vuole raggiungere traguardi diversi ad esempio: rimettersi in moto quando

a lungo si era rimasti chiusi in casa, riuscire a vivere da soli, fare la patente o la richiesta di una casa popolare.

La nostra soddisfazione è aver sperimentato un metodo che ci sembra abbia funzionato bene e che può essere disseminato. I budget di salute di comunità hanno dimostrato di essere strumenti validi e realmente alternativi rispetto a risposte più standardizzate.

I principali elementi di innovazione connessi all'attivazione dei budget di salute di comunità sono i seguenti:

- Personalizzazione e flessibilità dell'intervento, che è proseguito, con alcuni adattamenti, anche da remoto;
- Sempre maggior presenza e utilizzo degli esperti in Supporto tra Pari;
- Reale integrazione socio-sanitaria delle risorse (economiche e non)
- Reale integrazione pubblico- privato e comunità territoriale.
- Significativa presenza di facilitatori naturali.

I budget hanno continuato a dare risposta ai bisogni delle persone seguite articolandosi in attività in presenza e da remoto. La pandemia che crea difficoltà nelle normali attività di vita quotidiana per le persone con disagio psichico ha restrizioni più stringenti e deprivanti. Il budget di salute di comunità anche in questo frangente si è dimostrato uno strumento flessibile ed efficace.

I BdS sono stati realizzati sia con attività in presenza, siano esse presso il servizio o sul territorio, ma per quanto riguarda i gruppi nella maggior parte dei casi si è operato da remoto. Sono stati attivati 6 gruppi: gruppo cultura, gruppo scrittura, gruppo giochi di società, gruppo di inglese, il gruppo “caffè della domenica e gruppo movimento. Per tre beneficiari di BdS con bisogni di socialità abbiamo valutato utile un percorso di potenziamento cognitivo. La scelta di iniziare questo tipo di intervento nasce dal momento che abbiamo riscontrato delle difficoltà nel proporre e nell'inserire nei gruppi alcune persone e abbiamo optato per un percorso individuale.

Per tre beneficiari assegnatari di alloggi Aler il progetto ha previsto sia la fase di reperimento degli arredi (tramite

il Progetto Mirasole e donazioni di privati) sia l'accompagnamento verso il progetto di autonomia attraverso la mappatura e conoscenza del nuovo territorio e dei suoi servizi, valutazione del budget economico e supporto alla gestione dello stesso, l'affiancamento all'acquisizione e miglioramento delle pratiche per la cura di sé (per es. dell'alimentazione) e dell'alloggio, sperimentazione di competenze relazionali di base (per es. con portinaio e futuri vicini di casa).

Per una persona che si è già trasferita nel nuovo alloggio si sono organizzati dei momenti di socialità con altre beneficiarie del progetto per favorire la creazione di una rete di relazioni a supporto di questo significativo cambiamento. Lo stesso supporto è stato continuativo per coloro che già abitano nel proprio alloggio grazie agli interventi delle operatrici e degli ESP.

L'appartamento gestito da Diapason coop sociale ha continuato, nei 3 anni del progetto ad ospitare 3 beneficiari del progetto, supportati primariamente da due educatrici, oltre che dagli ESP, dalle loro case manager, e da medici e specialisti del CPS. Il periodo di pandemia ha certamente acuito i livelli di stress individuale, e ha ridefinito alcune progettazioni (tirocini, inserimenti lavorativi) pensate per i beneficiari.

L'attivazione del programma reti sociali naturali, nella fase di esplorazione della rete sociale naturale continua a rappresentare l'elemento di valutazione del sistema di relazioni, del rapporto con il territorio e della possibile attivazione di risorse (territoriali o facilitatore naturale). Questa fase è stata attuata, da inizio progetto, con 31 beneficiari.

Come già evidenziato in precedenza, il percorso di esplorazione della rete sociale naturale, oltre al possibile esito dell'individuazione del facilitatore naturale, continua a: 1) accompagnare le progettualità individuali verso altre aree di bisogno emerse, in particolare nell'area dell'abitare, del lavoro e del tempo libero, facilitando l'intervento dell'operatore case manager nel orientamento delle azioni progettuali e l'eventuale supporto dell'ESP; 2) far

emergere interessi e passioni dei singoli beneficiari che si sono tradotti nella progettazione di iniziative a vantaggio anche di altri utenti dei servizi. Es. interesse per il trekking di un beneficiario che ha permesso di organizzare una prima gita in montagna. Analogamente si sono sviluppate iniziative sul cinema e sulla fotografia; 3) favorire la partecipazione ad altre opportunità di socializzazione presenti sul territorio, in quanto il percorso di esplorazioni delle relazioni e dei bisogni mette maggiormente a fuoco desideri e possibilità di realizzazione; 4) approfondire la rete di quartiere, territoriale e di caseggiato.

A partire dalla esplorazione della rete il programma reti sociali naturali ha permesso di attivare ad oggi 11 facilitatori e di individuarne altri 3 potenziali, per un totale di 14 facilitatori. Questi si suddividono nelle seguenti categorie di relazione: 8 Amici; 2 Vicini di casa; 1 familiare non appartenente al nucleo convivente; 3 persone del quartiere/territorio (barista, maestro arti marziali e custode).

L'attivazione dei facilitatori, nella logica della reciprocità, ha continuato ad offrire un supporto così articolato: sostegno emotivo e supporto alla persona (situazioni di malessere e isolamento), sostegno alla quotidianità, offerta di un ulteriore sguardo a supporto dell'intervento degli operatori, supporto nell'ambito dei rapporti di condominio e di quartiere.

L'impegno degli ESP è rimasto costante e ha garantito un'alta qualità dei bds.

Questo progetto ci ha fornito 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.

Il progetto ha permesso un ripensamento delle modalità operative dei servizi favorendo un approccio orientato alla recovery, e motivato alla 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 stata 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 e che deve prevedere risposte altrettanto globali e personalizzate.

L'attivazione del budget di salute di comunità è servito sia come possibile alternativa ai ricoveri sanitari in comunità psichiatriche protette sia per permettere la dimissione dalle strutture di utenti gravi.

I risultati, 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.

Alla luce di questi risultati si auspica che ci sia, da parte degli organismi regionali, la possibilità di riconvertire una parte della spesa sanitaria sul potenziamento dei servizi territoriali con la finalità di supportare la continuazione del lavoro tramite budget di salute di comunità nei CPS.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano*

° *Cooperativa Lotta contro l'Emarginazione*

§ *Cooperativa Diapason*

Associazione Contatto

CORRISPONDENZA

carla.morganti@ospedaleniguarda.it

BIBLIOGRAFIA

1. 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.
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., Civalenti., 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. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Morganti C., Porcellana M., Biancorosso C., Fontana R., Lanzo F.R., Malchiodi F., Mastromo D., Motto D., Oltolina M., Savino C., Vairelli F., Zanobio A., Percudani M. *L'esperienza Budget di Salute di Comunità dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda con aMIcittà: metodologia e dati preliminari*. Psichiatria Oggi, Anno XXXII N°1, gennaio-giugno 2019, pp 88-94.
8. 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.
9. 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.
10. Righetti A., *I budget di salute e il welfare di comunità*, Laterza editore, 2013.
11. Starace F., *Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del budget di salute*, Carocci editore, 2011.
12. World Health Organization. *International Statistical classification of disease and health related problems*. ICD-10. Ginevra 2007.

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