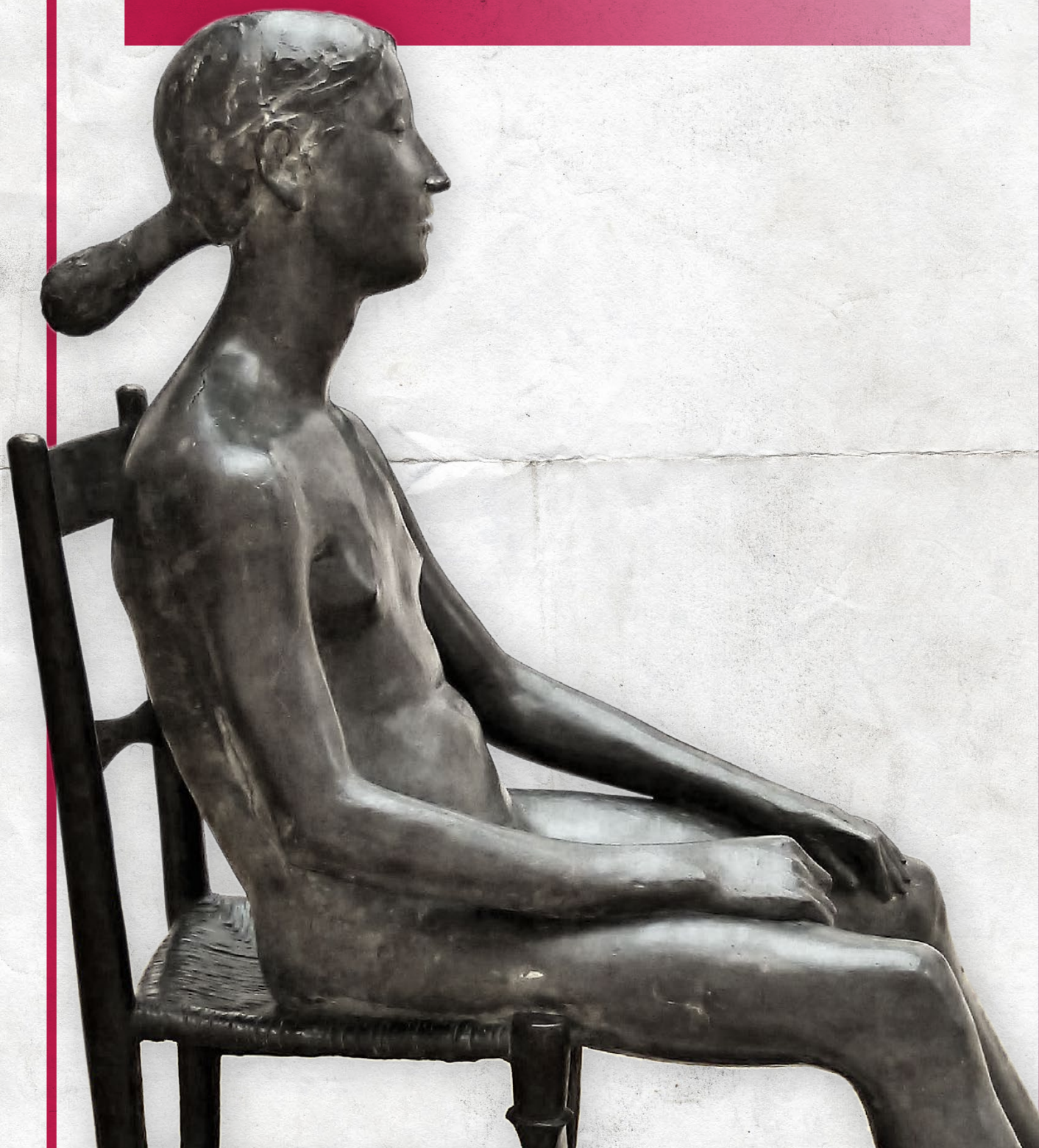




PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

Anno XXXVI • 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 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 (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)

Responsabile Comunicazione Digitale:
Federico Grasso (Lodi)

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

- 4** La difesa del diritto alla cura per i soggetti affetti da patologia psichiatrica di Cerveri G.
- 9** Proposta di programma per la Salute Mentale in Regione Lombardia Documento Congiunto CPPL-SIPLO-SIP
- 11** "Uscire dal convento" per andare verso una psichiatria postnormale di Toscano M.
- 14** Chi pensa alla salute mentale oggi? di Vender S.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

- 21** La sperimentazione del Budget di salute dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano di Ferrario S., Grecchi A., Alaia M., Bordonaro V., Caccia A., Pisciotto G., Raguso V., Miragoli P.
- 26** Gli Interventi Assiſiti con gli Animali nei contesti psichiatrici di Guarisco C., Paganini M.A., Suter R.
- 34** "Piacere di conoscerti" Progetto pilota di Intervento Assiſito dall'Animale in contesto grupale dedicato agli utenti dei CPS afferenti al Progetto Giovani di Luchetta G.A., Collodello S., Carnevali S., Durbano F.
- 43** Emergenza Chemsex Mpdv, sessualità e rischio psicopatologico di Pinamonti H., Clerici M.
- 61** Percorsi intensivi territoriali di riabilitazione psicosociale con la metodologia del Budget di Salute: il Piano Urbano 2022-2024 di Polizzi M., Massarotto F., D'Avanzo B., Perillo A., Porcellana M., Morganti C., Percudani M.
- 68** Dai "percorsi di cura integrati per i minori autistici e le loro famiglie" alla visione inclusiva e continuativa dell'autismo del progetto "per.V.In.C.A" di Resi C., Quintini T., Contini R., Chiominto I., Cerveri G.

PSICHIATRIA FORENSE

- 74** L'attualità: ragione e sentimento in materia di esecuzione penale dei pazienti autori di reato. di Amatulli A.
- 81** Prospettive e limiti della gestione del paziente forense tra "territorio" e "giustizia" di Provenzi M., Lagazzi M., Di Forti C.L., Affaticati L., Carrara G., Crespi G., Viganò D., Clerici M.
- 86** La detenzione domiciliare a persona affetta da gravi problematiche psichiatriche di Mantovani R. e Mantovani L.

CONTRIBUTI DA ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

- 88** CONTRIBUTO AITERP – ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA (ATS)
The world forgetting, by the world forgot
Un passo indietro...tre in avanti.
Una riflessione riabilitativa sulla condizione di Abelardo ed Eloisa di Fossati E.M., Racioppi L., Scagliarini V.
- 92** CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.
IPronto soccorso psichiatrico ad accesso diretto in psichiatria: evoluzione o involuzione? Uno studio qualitativo di De Paola T., Romano F., Elsa V.

ANGOLO DELLA REDAZIONE

- 104** La vita del mondo che verrà di Giannelli A.
- 110** Sindrome della rassegnazione: uno sguardo alla complessità di Pantalone A.
- 115** Rosalba Terranova Cecchini
Una vita per la psichiatria e la transcultura di Aliverti M.

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

Percorsi intensivi territoriali di riabilitazione psicosociale con la metodologia del Budget di Salute: il Piano Urbano

2022-2024

*Polizzi Manuela**, *Massarotto Francesca**,
D'Avanzo Barbara°, *Perillo Arcangelo**,
Porcellana Matteo†, *Morganti Carla†*,
Percudani Mauro†

ABSTRACT

Il Piano Urbano (PU) si configura come un intervento territoriale-domiciliare per utenti con bisogni complessi. Ogni persona inviata riceve un'assistenza personalizzata e integrata, al fine di raggiungere obiettivi riabilitativi concordati tra utente, CPS e PU. Il progetto terapeutico è fortemente orientato al recovery per il miglioramento della qualità di vita, dell'autonomia e dello svolgimento di attività significative nei contesti normali della comunità. Il PU rappresenta quindi una modalità di presa in carico ed il fulcro degli interventi è svolto nelle aree del supporto all'abitare, del lavoro e dello studio, e del miglioramento delle relazioni sociali. La durata massima della presa in carico è di tre anni.

Gli interventi offerti si ispirano al modello del budget di salute, massimizzando la disponibilità di risorse, includendo anche quelle informali o al di fuori dei servizi di salute mentale, ed identificando obiettivi personalizzati su cui modulare l'utilizzo di risorse.

Si valuteranno in modo prospettico tutte le persone che entrano nel PU a partire da giugno 2022 e fino alla fine del 2024, i cambiamenti osservati saranno messi in relazione a caratteristiche di processo, personali e cliniche della persona.

Per l'assessment verranno utilizzate: Scheda di Invio Piano Urbano, Scala di Valutazione del Funzionamento Sociale e Lavorativo (SVFSL), Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) e World Health Organization Quality of Life Scale (WHOQoL-bref).

INTRODUZIONE

Il Piano Urbano (PU) è un progetto gestito dalla cooperativa PROGES di Parma, sulla base di un finanziamento Regionale gestito con un appalto dall'ASST Niguarda. Il PU si caratterizza per essere un intervento territoriale-domiciliare destinato ad utenza con bisogni complessi. Prevede per ciascuna persona inviata dai CPS un'assistenza personalizzata e integrata, al fine di raggiungere obiettivi riabilitativi concordati tra utente, CPS e PU. Il trattamento farmacologico rimane totalmente in capo al CPS, l'orientamento delle cure offerto dal PU è riabilitativo e orientato al recovery con obiettivi quali il miglioramento: della qualità di vita, dell'autonomia e dello svolgimento di attività significative nei contesti normali della comunità. Il PU non consiste in un singolo intervento di cui si vuole valutare l'efficacia nella pratica, bensì in una modalità di presa in carico, in cui gli obiettivi condivisi vengono perseguiti con diversi strumenti psicosociali e riabilitativi. Il fulcro degli interventi è svolto nelle aree del supporto all'abitare, del lavoro e dello studio, e del miglioramento delle relazioni sociali. La durata massima della presa in carico da parte del PU è di tre anni.

Gli interventi offerti si ispirano al modello del budget di salute, che ha l'obiettivo di massimizzare la disponibilità di risorse, includendo anche quelle informali o al di fuori dei servizi di salute mentale, e di identificare obiettivi personalizzati su cui modulare l'utilizzo di risorse (Webber, 2014; Fontecedro et al, 2020). Nel Piano Urbano, il budget di salute si configura come forte personalizzazione degli obiettivi e dei mezzi, reperimento delle risorse al di fuori del servizio, e sollecitazione della responsabilità e del coinvolgimento attivo del paziente, e si concretizza nella firma congiunta di un vero e proprio contratto (Morganti, 2019).

Nel PU, coerentemente con l'approccio del budget di salute, lo strumento con cui gli operatori pianificano l'intervento e coinvolgono la persona è la Recovery Star. Si tratta di uno strumento sviluppato da Triangle Consulting nel 2011 su mandato del Mental Health Providers Forum, che valuta in modo congiunto tra operatore e utente le aree

d'intervento su cui lavorare e i cambiamenti raggiunti in quelle aree (Onifade, 2011; Lloyd, 2016; Placentino, 2017). È quindi uno strumento sia di assessment iniziale e pianificazione condivisa sia di valutazione dei cambiamenti, in un'ottica di responsabilizzazione dell'utente nel monitoraggio del cambiamento e di rafforzamento della fiducia in sé. Lo strumento supporta il percorso recovery oriented della persona attraverso la descrizione verbale e analogica della situazione di partenza, in modo tale da avere un'idea realistica dei passi necessari per progettare il percorso riabilitativo. L'utilizzo della Recovery Star è preceduto e accompagnato da una formazione approfondita e ripetuta regolarmente fornita dall'Associazione "Il Chiaro nel Bosco" di Brescia.

La Recovery Star include tra gli obiettivi quelli relativi alla crescita di fattori che contribuiscono al cambiamento e alla responsabilizzazione della persona, quali la crescita di fiducia e speranza e la responsabilità e che sono coerenti con il paradigma della recovery. Tale paradigma ha sottolineato con maggior forza e chiarezza l'importanza, nell'approccio riabilitativo, delle variabili extracliniche, personali, sociali e relative alla qualità della relazione paritaria all'interno dei servizi per la ripresa e la guarigione delle persone con disturbi mentali gravi, e la necessità di perseguire obiettivi di qualità della vita e autonomia indipendentemente dal controllo dei sintomi e dalla dimensione psicopatologica (Dubreucq, 2022)

STUDIO PROSPETTICO DI MONITORAGGIO

Lo Studio di Monitoraggio del Piano Urbano registra e valuta i cambiamenti osservabili nelle persone, utenti dei Centri Psicosociali (CPS) delle ASST di Milano, che vengono seguite in modo complementare dal Progetto Piano Urbano (PU).

Obiettivo dello studio è monitorare i miglioramenti e descrivere in quali aspetti, per quali tipologie di persone e in quale modo avvengano i cambiamenti.

Si valuteranno in modo prospettico tutte le persone che

entrano nel PU a partire da giugno 2022 e fino alla fine del 2024, su un data base verranno registrate le informazioni utili a valutare i cambiamenti sugli assi e gli indicatori caratterizzanti il modello di intervento del PU.

Allo scopo di orientare le attività del PU e migliorarne la qualità, i cambiamenti osservati saranno messi in relazione a caratteristiche di processo (tipologia e intensità degli interventi ricevuti, operatori impegnati, frequenza dell'aggiornamento dello strumento per la pianificazione condivisa della cura) e personali e cliniche della persona.

I criteri d'inclusione per l'invio al PU sono: età 18-60 anni; diagnosi di disturbo mentale grave (psicosi schizofreniche e deliranti (F20-F29), sindromi affettive (F30-F39), disturbi di personalità (F60-F69)); aggancio difficile e scarsa adesione alle cure. Criteri di esclusione: diagnosi di ritardo mentale medio-grave, nevrosi lievi, tossicodipendenza come prima diagnosi.

Il trattamento offerto si caratterizza per personalizzazione, finalizzazione ad obiettivi di inclusione sociale, responsabilizzazione e attivazione della persona, coinvolgimento del contesto di vita. Lo strumento che guida l'operatore e l'utente è la Recovery Star, che consente, partendo dai bisogni e dalle risorse dell'utente, di collaborare nello stabilire gli obiettivi SMART (Specifici-Misurabili-Raggiungibili-Rilevanti-Basati sul tempo) da raggiungere con modalità e tempi condivisi.

Una volta avviata la presa in carico del paziente, gli operatori, in collaborazione con l'équipe curante, definiscono i percorsi riabilitativi volti a migliorare il funzionamento psicosociale della persona. Nel percorso di supporto verso il cambiamento, la ridefinizione degli obiettivi e la valutazione di quelli precedentemente concordati si effettuano ogni sei mesi, favorendo un approccio collaborativo tra utente e operatore. È poi possibile valutare successivamente i cambiamenti in corso.

I principali interventi erogati da tecnici della riabilitazione psichiatrica (TeRP) sono: gruppi di social skills training, problem solving, abilità di conversazione, assertività, abilità di

gestione dei conflitti, abilità ad indirizzo lavorativo (Bellack, 2004); gruppi di danzaterapia, teatroterapia, musicoterapia, arteterapia (Chang, 2018); psicoeducazione per gruppi di familiari (Lucksted, 2012), educazione alimentare (Sugawara, 2018), terapia neuro-cognitiva integrata (Borriello, 2015); mindfulness secondo il protocollo di riduzione dello stress (Goldberg, 2018).

Per quanto riguarda il lavoro, il PU fa riferimento a diversi canali: la cooperativa Biricc@ (<https://biricca.it/>) consente alcuni inserimenti lavorativi con diversi dispositivi (soprattutto borse lavoro) per attività di pulizia o backstage nelle farmacie appartenenti all'ex-circuito delle Farmacie Comunali di Milano. Utilizza inoltre la piattaforma IntegraLavoro (<http://www.integralavoro.com>) finanziata dalla ATS di Milano sulla città di Milano per favorire gli inserimenti lavorativi secondo una logica di combinazione ideale tra competenze e mansioni richieste.

Per quanto riguarda l'autonomia abitativa, oltre allo sviluppo di abilità utili a vivere con un sufficiente livello di autonomia e al supporto all'abitare, il PU utilizza alcune unità abitative a bassa protezione messe a disposizione da PROGES per periodi di non oltre un anno dedicate a persone che attraversano momenti di difficoltà o di conflittualità nel nucleo familiare per poi tornare alla condizione abitativa precedente o cercare una nuova abitazione.

Tutti gli operatori, eccetto un educatore professionale, sono tecnici della riabilitazione psichiatrica (TeRP), figure con una laurea triennale e caratterizzate da una competenza specifica nei presupposti scientifici, nei modelli e nelle tecniche della riabilitazione psichiatrica e nella valutazione del funzionamento. Sono attivi 15 operatori che seguono contemporaneamente 8-9 persone. Il tempo mediamente dedicato a ciascun utente è di due ore alla settimana. Gli operatori seguono una formazione specifica sia sull'uso degli strumenti che sulla metodologia complessiva dello studio di monitoraggio. Le formazioni sull'uso della Recovery Star e della HoNOS vengono ripetute circa ogni 18 mesi.

Il Piano Urbano è caratterizzato da un'organizzazione che ne garantisce il coordinamento nella rete più ampia dei

servizi cittadini e la precisione e la competenza nell'erogazione degli interventi: il referente del progetto mantiene i rapporti istituzionali con l'ente appaltante (ASST Niguarda); il coordinatore delle attività è responsabile della gestione amministrativa e organizzativa, in raccordo con il responsabile clinico, e gli operatori; il responsabile clinico si occupa della valutazione dell'appropriatezza della presa in carico e dei percorsi di cura, mantiene i rapporti con i Dipartimenti di Salute Mentale e con il coordinatore delle attività; il referente della qualità si occupa del monitoraggio degli esiti; il supervisore clinico, individuato nella figura di uno psicoterapeuta, è responsabile della supervisione dei singoli casi clinici con gli operatori; il case manager (uno per ogni Dipartimento di Salute Mentale) è un TeRP col compito di occuparsi della pianificazione e del coordinamento delle attività settimanali degli operatori, mantenere i rapporti di rete con i referenti dei CPS ed il costante raccordo con il coordinatore e con il responsabile clinico.

VALUTAZIONE

Poiché si tratta di uno studio con disegno osservazionale e senza gruppo di confronto, non è possibile condurre una valutazione di efficacia delle attività offerte dal PU agli utenti. Si vuole verificare 1. per quante persone vengono raggiunti gli obiettivi definiti all'entrata nel PU; 2. se si verificano cambiamenti significativi sullo stato di salute, il funzionamento, l'autonomia, la qualità della vita delle persone seguite. Questi aspetti verranno messi in relazione all'intensità e alla qualità delle cure offerte dal PU e alle caratteristiche delle persone.

Si studieranno le differenze tra la popolazione con le caratteristiche corrispondenti ai criteri di inclusione sopra descritti presenti nei CPS e la popolazione per cui non viene avviata la presa in carico da parte del PU, in particolare se questo avviene per un rifiuto da parte dell'utente.

Per gli utenti che sono presi in carico ma escono dal PU prima del raggiungimento degli obiettivi o della chiusura stabilita verrà condotta la valutazione più completa possibile e necessariamente in relazione all'indicatore di esito primario.

Tutti gli altri saranno seguiti e valutati fino alla fine della presa in carico concordata. Per le persone con un tempo di osservazione sufficiente, si effettuerà una valutazione a due anni dall'entrata nel PU, indipendentemente dal termine della presa in carico.

INDICATORI E STRUMENTI

Tutte le persone inviate dai CPS al PU vengono descritte nella Scheda di Invio Piano Urbano. La scheda raccoglie informazioni relative a sesso ed età, condizione abitativa e familiare, occupazione, disponibilità di un reddito, utilizzo dei servizi di salute mentale, diagnosi psichiatrica, comportamento suicidario, CPS da cui è seguita la persona, e un obiettivo di massima proposto dal medico inviante. La compilazione della scheda per tutte le persone inviate dai CPS consente di verificare se via sia una differenza tra le persone identificate dal CPS e quelle che avviano effettivamente il percorso col PU.

Lo studio prevede inoltre la valutazione in tempi definiti con i seguenti strumenti :

- » Scala di Valutazione del Funzionamento Sociale e Lavorativo (SVFSL) (Goldman, 1992; Morosini, 2000), che prende in considerazione il livello di funzionamento sociale e lavorativo indipendentemente dai sintomi di malattia. La SVFSL viene utilizzata per valutare il funzionamento attuale rispetto ad un continuum ideale che va da un livello eccellente ad uno marcatamente deficitario. È una scala ordinale con punteggi che vanno da 1 (funzionamento bassissimo) a 100 (livello di funzionamento massimo). Nel PU, verrà compilata da un valutatore esterno al gruppo degli operatori in collaborazione con l'operatore di riferimento dell'utente. Il cambiamento sulla SVFSL rappresenta l'indicatore di esito primario dello studio.
- » HoNOS, etero-somministrato, compilato entro un mese dalla presa in carico e successivamente ogni sei mesi (Wing, 1998; Lora, 2001). La HoNOS è stata sviluppata per una valutazione multidimensionale, più adatta della sola valutazione sintomatologica per la valutazione della

gravità e dei bisogni degli utenti, e consta di 12 item che assumono valore da 0 (nessun problema) a 4 (problema grave). Sono considerate gravi le persone che hanno un valore >3 in almeno un item. Viene compilata dal case manager o dall'operatore in collaborazione medico inviante.

- » WHOQoL-bref, autosomministrato, compilato entro un mese dalla presa in carico e successivamente una volta all'anno e alla chiusura (WHO, 1998; De Girolamo, 2000). È stato sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per essere utilizzato in tutti gli ambiti di salute allo scopo di includere nella valutazione dello stato di salute il benessere psicologico e generale, e comprende le quattro dimensioni di salute psicologica, salute fisica, relazioni sociali, condizioni materiali e ambientali. Vengono utilizzati sia i punteggi globali che quelli delle singole aree.

Esito primario. L'indicatore di esito primario è rappresentato dal miglioramento di almeno 10 punti nel punteggio della SVFSL.

Esiti secondari sono:

- » il valore finale alla SVFSL, analizzato come valore continuo, in riferimento al valore iniziale;
- » la percentuale di persone segnalate dai CPS al PU ma per cui non si è riterrà possibile avviare la presa in carico o il cui aggancio si sarà rivelato impossibile;
- » percentuale di persone che faranno registrare un cambiamento clinicamente significativo sulla HoNOS;
- » percentuale di persone che faranno registrare un cambiamento clinicamente significativo sulla WHO-QoL.

Attività. I dati che descrivono la cura offerta saranno derivati dal sistema informativo regionale SIPRL per la descrizione dell'attività dei servizi e per le prestazioni offerte dal PU.

Tutti i dati verranno raccolti su una piattaforma sviluppata ad hoc presso l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri a cui potranno accedere solo le persone incaricate della raccolta dei dati.

POTENZA DELLO STUDIO E ANALISI STATISTICA

Potenza dello studio. Si stima di arrivare ad analizzare gli esiti di 140 persone. L'indicatore di esito è rappresentato dal miglioramento di almeno 10 punti sulla SVFSL al momento della chiusura della presa in carico dell'utente. Dati di letteratura relativi a campioni simili a quello in studio riportano un miglioramento significativo nel 27% dei casi in un anno (Iorfino, 2018). Un'analisi condotta su un campione di persone seguite da una precedente edizione del Piano Urbano (Barbato, 2007) riportava un miglioramento di almeno 10 punti sulla SVFSL per il 19% delle persone seguite. Data la specificità e l'intensità del trattamento e i cambiamenti introdotti nel trattamento offerto dal Piano Urbano nella sua edizione attuale, assumiamo che il 30% delle persone seguite ottenga un miglioramento del punteggio della SVFSL. Con un test a due code, un errore alpha del 5% e una potenza dell'80%, e data la numerosità di individui di cui disporremo, l'intervallo di confidenza della stima sarà dell'8% e la stima si muoverà tra il 22% e il 38%.

Analisi. Le caratteristiche delle persone che entrano nel PU (in particolare: sesso, età, livello di educazione, reddito, occupazione, stato civile, condizione abitativa, utilizzo dei servizi di salute mentale, diagnosi psichiatrica principale, problemi di dipendenza da sostanze, comportamento suicidario, livelli di gravità secondo la HoNOS, di funzionamento sociale secondo la SVFSL e di qualità della vita secondo la WHO-QoL Bref, prestazioni ricevute nel PU) verranno descritte con medie, mediane, deviazioni standard e quartili nel caso di misure continue/numeriche, con numeri e proporzioni nel caso di misure categoriali, e le relative stime di significatività statistica.

L'analisi dell'esito principale prevede la stima della percentuale di soggetti clinicamente migliorati secondo la SVFSL. L'analisi secondaria descriverà il cambiamento del valore della SVFSL (differenza fra valutazione al termine e valutazione basale) tramite ispezione del grafico della distribuzione, valutando quindi anche le proporzioni di soggetti migliorati in termini non clinicamente significativi e quelli

peggiorati. Le analisi si concentreranno sulla presenza di un'associazione tra il cambiamento clinicamente significativo sull'indicatore di esito primario (almeno 10 punti sulla SVFSL) e gli altri indicatori di gravità (HoNOS), la qualità della vita (WHO-QoL), le principali caratteristiche sociodemografiche e cliniche, l'intensità e tipologia degli interventi ricevuti, il livello di raggiungimento degli obiettivi prefissati congiuntamente (buono/parziale/insufficiente) e la durata della presa in carico tramite regressione logistica. La WHO-QoL verrà analizzata come variabile continua in relazione alle stesse variabili.

ASPETTI ETICI E GESTIONE DEI DATI

Alle persone che sono identificate dal medico del CPS come includibili nel PU e pertanto descritte attraverso la Scheda di invio al Piano Urbano verrà chiesto di firmare il consenso al trattamento dei dati. Le persone che entreranno nel Piano Urbano riceveranno l'informativa relativa alla partecipazione allo studio e al trattamento dei dati, a cui potranno, o meno, dare il consenso. Verranno informate della possibilità di ritirare il consenso anche a presa in carico avviata, senza che ciò condizioni in alcun modo gli interventi che riceveranno.

Il titolare dei dati è la Cooperativa PROGES e l'Istituto di Ricerche Farmacologiche IRCCS è responsabile del trattamento. I dati saranno anonimi e saranno trattati secondo il regolamento dell'Unione Europea 2016/679 (GDPR) e dal D. Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali, aggiunto dal D. Lgs. 101/2018).

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Proges – Cooperativa Sociale Onlus*

° *Istituto di Ricerche Farmacologiche IRCCS Mario Negri*

† *ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano*

CORRISPONDENZA A:

carla.morganti@ospedaleniguarda.it

BIBLIOGRAFIA

1. Webber M., Treacy S., Carr S., Clark M., Parker G., *The effectiveness of personal budgets for people with mental health problems: a systematic review*. Journal of Mental Health, 23(3), 146–55, 2014.
2. Fontecedro E., Furlan M., Tossut D., Pascolo-Fabrizi E., Balestrieri M., Salvador-Carulla L., D'Avanzo B., Castelpietra G., *Individual Health Budgets in mental health: Results of its implementation in the Friuli Venezia Giulia Region, Italy*. Int J Environ Res Public Health, 17: 5017, 2020.
3. Morganti C., Porcellana M., Biancorosso C., Fontana R., Lanzo F.R., Malchiodi F., Mastromo D., Motto D., Oltolina M., Savino C., Vairelli F., Zanolio A., Percudani M., *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, pp 88-94, 2019.
4. Onifade Y., *The mental health recovery star*. Mental Health and Social Inclusion, 15(2), 78-87, 2011.
5. Lloyd C., Williams P. L., Machingura T., Tse S., *A focus on recovery: using the Mental Health Recovery Star as an outcome measure*. Advances in Mental Health, 14(1), 57-64, 2016.
6. Placentino A., Lucchi F., Scarsato G., Fazzari G., *La Mental Health Recovery Star: caratteristiche e studio di validazione della versione italiana*. Rivista di Psichiatria, 52(6), 247-254, 2017.
7. Dubreucq, J., Gabayet, F., Godin, O., Andre, M., Aouizerate, B., Capdevielle, D., ... Berna, F. (2022). Overlap and Mutual Distinctions Between Clinical Recovery and Personal Recovery in People With Schizophrenia in a One-Year Study. Schizophrenia bulletin, 48(2), 382-394.
8. Bellack A.S., *Skills training for people with severe mental illness*. Psychiatric Rehabilitation Journal, 27(4), 375-391, 2004.
9. Chang B. H., Chen B. W., Beckstead J. W., Yang C. Y., *Effects of a music-creation programme on the anxiety, self-esteem, and quality of life of people with severe mental illness: A quasi-experimental design*. International Journal of Mental Health Nursing, 27(3), 1066-1076, 2018.
10. Lucksted A., McFarlane W., Downing D., & Dixon L., *Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice*. Journal of Marital and Family Therapy, 38(1), 101–121, 2012.
11. Sugawara N., Sagae T., Yasui-Furukori N., Yamazaki M., Shimoda K., Mori T., ... Someya T., *Effects of nutritional education on weight change and metabolic abnormalities among patients with schizophrenia in Japan: a randomized controlled trial*. Journal of Psychiatric Research, 97, 77-83, 2018.
12. Borriello A., Balbi A., Menichincheri R. M., Mirabella F., *Valutazione di efficacia del training cognitivo IPT di Brenner nell'esordio psicotico. Uno studio pilota*. Rivista di Psichiatria, 50(3), 127-133, 2015.
13. Goldberg S. B., Tucker R. P., Greene P. A., Davidson R. J., Wampold B. E., Kearney D. J., & Simpson T. L., *Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis*. Clinical Psychology Review, 59, 52-60, 2018.
14. Goldman, H.H., Skodol, A.E., Lave, T.R., *Revising Axis V for DSM-IV: A Review of Measures of Social Functioning*. American Journal of Psychiatry, 149, 9, 1992.
15. Morosini, P. L., Magliano, L., Brambilla, L. A., Ugolini, S., & Pioli, R., *Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 101(4), 323-329, 2000.
16. Wing, J. K., Beevor, A. S., Curtis, R. H., Park, S. G. B., Hadden, J., & Burns, A., *Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): research and development*. The British Journal of Psychiatry, 172(1), 11-18, 1998.
17. Lora, A., Bai, G., Bianchi, S., Bolongaro, G., Civalenti, G., Erlicher, A., ... Morosini, P., *The Italian version of HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales), a scale for evaluating the outcomes and the severity in mental health services*. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 10(3), 198-204, 2001.
18. WHOQOL Group., *Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment*. Psychological Medicine 28, 551–558, 1998.

-
19. De Girolamo, G., Rucci, P., Scocco, P., Becchi, M. F., Coppa, F., D'Addario, A., Soldani, L., *La valutazione della Qualità della Vita: validazione del WHOQOL-breve*. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 9, 45-55, 2000.
 20. Iorfino, F., Hermens, D. F., Cross, S., PM, Z. N., Nichles, A., & Badcock, C. A., *Delineating the trajectories of social and occupational functioning of young people attending early intervention mental health services in Australia: a longitudinal study*. *BMJ Open*. 2018; 8 (3), e020678.
 21. Barbato, A., Agnetti, G., D'Avanzo, B., Frova, M., Guerrini, A., Tettamanti, M., *Outcome of community-based rehabilitation program for people with mental illness who are considered difficult to treat*. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 44(6), 775, 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.

Presidente:

Mauro Percudani, Milano

Presidente Eletto

Massimo Clerici, Monza

Segretario:

Giovanni Migliarese, Vigevano

Vice-Segretario:

Matteo Porcellana, Milano

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli, Treviglio

Consiglieri eletti:

Antonio Amatulli
Luisa Aroasio
Stefano Barlati
Scilla Beraldo
Giorgio Bianconi
Debora Bussolotti
Paolo Cacciani
Camilla Callegari
Simone Cavallotti
Federico Durbano
Gian Marco Giobbio
Alessandro Grecchi
Carlo Fraticelli
Carla Morganti
Silvia Paletta
Nicola Poloni
Paolo Risaro
Matteo Rocchetti
Marco Toscano
Caterina Viganò

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

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

Membri di diritto:

Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni
Claudio Mencacci