



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria

SERVIZI DI SALUTE MENTALE APERTI AD UNA SOCIETÀ IN CAMBIAMENTO: RIPENSARE AI PERCORSI DI CURA.

PROPOSTE CONCRETE
PER FORNIRE RISPOSTE
AI BISOGNI.

INSERTO DI
PSICHIATRIA OGGI
Anno XXXVIII



INDICE

DOCUMENTI SIPLO: UNO STRUMENTO DI RIFLESSIONE SULLA FINALITÀ DELLA NOSTRA DISCIPLINA ED UNA GUIDA ALL'OPERARE QUOTIDIANO <i>Giancarlo Cerveri</i>	03
CONFRONTO, CONTINUITÀ E CAMBIAMENTO: RIFLESSIONI E PROSPETTIVE DAI GRUPPI DI LAVORO DELLA SIP LOMBARDIA <i>Giovanni Migliarese Bernardo Dell'Osso</i>	06
TRATTAMENTO DEI DISTURBI MENTALI IN ETÀ GIOVANILE <i>Coordinatore: Mauro Percudani</i> <i>Gruppo di lavoro: Simona Barbera, Marta Barbieri, Scilla Beraldo, Angelo Bertani, Paolo Brambilla, Cinzia Bressi, Debora Bussolotti, Giorgio Cerati, Chiara Colli, Antonella Colucci, Lorenzo Del Fabro, Cecilia Esposito, Marina Loi, Francesca Maggioni, Lara Malvini, Anna Omboni, Mauro Percudani, Chiara Rovera, Maira Chiarelli Serra, Margherita Trinchieri, Alessio Vincenti</i>	08
ATTIVITÀ OSPEDALIERE ED EMERGENZE PSICHIATRICHE <i>Coordinatori: Emi Bondi e Carlo Fraticelli</i> <i>Gruppo di lavoro: Paolo Cacciani, Federica Calorio, Simone Cavallotti, Armando D'Agostino, Valentina Dalò, Paola Marianna Marinaccio, Silvia Paletta, Adelaide Panariello, Fabrizio Pavone, Sara Maria Pozzoli, Matteo Rocchetti, Virginio Salvi</i>	36
DELLA SOCIETÀ SCIENTIFICA SUL TEMA SOGGETTI AUTORI DI REATO CON PATOLOGIA PSICHICA <i>Coordinatori: Giancarlo Cerveri e Alessia Cicolini</i> <i>Gruppo di lavoro: Antonio Amatull, Antonio Calento, Fabio Canegall, Federico Durbano, Anna Giroletti, Paolo Azzone, Virginio Salvi</i>	46
DOPPIA DIAGNOSI <i>Coordinatori: Massimo Clerici e Federico Durbano</i> <i>Gruppo di lavoro: Giorgio Bianconi, Anna Giroletti, Paolo Risaro, Daniele Salvadori, Alessio Vincenti</i>	59
LA RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI TERRITORIALI <i>Coordinatore: Giovanni Migliarese</i> <i>Gruppo di lavoro: Vera Abbiati, Scilla Beraldo, Giorgio Bianconi, Federico Durbano, Nicola Dusi, Francesca Maggioni, Mattia Marchetti, Alberto Pasi, Matteo Porcellana</i>	67
IPOTESI DI EVOLUZIONE DEL SISTEMA RESIDENZIALE PSICHIATRICO LOMBARDO – REVISIONE 2025 <i>Coordinatori: Caterina Viganò e GianMarco Giobbio</i> <i>Gruppo di lavoro: Antonio Amatulli, Stefano Barlati, Alessandro Carozzi, Daniele Carretta, Alessandro Grecchi, Alessandra Martinelli, Giovanna Valvassori</i>	77

LA RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI TERRITORIALI

Coordinatore:

Giovanni Migliarese

Gruppo di lavoro:

Vera Abbiati,

Scilla Beraldo,

Giorgio Bianconi,

Federico Durbano,

Nicola Dusi,

Francesca Maggioni,

Mattia Marchetti,

Alberto Pasi,

Matteo Porcellana

INTRODUZIONE

I bisogni in salute mentale si sono profondamente modificati nel corso degli anni, con una differente richiesta di cura da parte della popolazione. Dal 20 al 30% della popolazione soffre ogni anno di una condizione clinica riconducibile alla patologia mentale e di questa quota una parte rilevante cerca una risposta nei servizi territoriali di salute mentale (The European House– Ambrosetti, Angelini Pharma, 2025).

I Centri Psicosociali rappresentano un presidio essenziale per la salute mentale di comunità, ma il modello organizzativo attuale rischia di non essere più adeguato rispetto ai bisogni differenziati ed in continua evoluzione della popolazione. I servizi territoriali per la salute mentale in Lombardia sono nati e sono stati progettati agli inizi degli anni 80 con una mission prevalentemente legata al superamento dell'Ospedale Psichiatrico. Negli ultimi decenni questi compiti si sono ampliati e articolati e la realtà con cui si confrontano i servizi è oggi profondamente mutata, sia dal punto di vista normativo (vedi ad es. la L.R. 15/2016), che da quello dell'utenza, riconfigurata ponendo in primo piano condizioni che erano in vario grado

“marginali” rispetto al “classico” lungo-assistito psicotico. A oltre quarant'anni dalla Legge 180, molti CPS mostrano limiti legati a un'impostazione eccessivamente generalista che fatica a rispondere alla complessità dei bisogni attuali. L'attuale sovraccarico di funzioni (ambulatorio, emergenza, reinserimento, terapia farmacologica) in assenza di adeguata stratificazione e differenziazione della domanda di cura rischia di cronicizzare e portare ad una medicalizzazione passiva dei pazienti.

Tale rischio è ulteriormente incrementato in assenza di specializzazione per diagnosi complesse ed integrazione con quei servizi, ancora eccessivamente puntiformi, che si occupano di disturbi con bisogni altamente specifici (disturbi gravi di personalità, disturbi del neurosviluppo in età adulta, disturbi della nutrizione e alimentazione, psichiatria di liaison e etc.).

La sfida oggi è passare da una psichiatria territoriale generalista ad una organizzazione modulare, multidisciplinare e specializzata, capace di garantire percorsi di cura più efficaci, umani e personalizzati. Il cambiamento non richiede solo risorse, ma anche un cambiamento culturale e organizzativo profondo.

Appare necessario sviluppare un modello in grado di orientare correttamente la domanda, discriminando per gravità clinica e bisogni (modello stepped care) e che sviluppi nuove profonde competenze in merito all'integrazione con le specialistiche affini ma anche i servizi e le istituzioni che concorrono alla tutela della salute mentale in ottica preventiva (Jeitani et al. 2024).

La proposta di cui al presente documento si pone l'obiettivo di sintetizzare le posizioni della SIP-Lo (Sezione Regionale Lombardia della Società Italiana di Psichiatria) in merito alla riorganizzazione dei servizi territoriali di psichiatria e appare in continuità con quanto già proposto da SIP-Lo in un precedente position paper sul medesimo argomento (Ballantini et al. 2020) sviluppando ulteriormente la riflessione in merito.

La linea di continuità tra i documenti sostiene la proposta di una ri-organizzazione in cui i servizi territoriali

di psichiatria continuano a seguire i pazienti gravi con importante perdita di autonomie e funzionamento globale e al contempo sviluppano al loro interno aree funzionali di specializzazione grazie all'istituzione di equipe funzionali multi-professionali di diversa composizione in base alle necessità cliniche.

La riorganizzazione proposta rappresenta una naturale evoluzione delle linee programmatiche del PRSM del 2004 ed appare coerente con le direttrici di lavoro definite dal Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 24 gennaio 2013 che prevede "risposte flessibili in risposta ai diversi bisogni di cura" e "aree omogenee di intervento". Si situa infine in continuità con la cornice regolatoria definita da R.L. tramite la DGR XII/3720 del 30/12/2024¹ (cd "Regole di sistema" per il 2025).

Il documento si struttura su tre macro-aree, identificate nella riflessione compiuta dai soci, come particolarmente rilevanti:

- I. Accoglimento e valutazione della domanda
- II. Rimodulazione/riorganizzazione del CPS
- III. Interfaccia e integrazione

Per ognuna di queste aree vengono proposte evoluzioni organizzative mirate a garantire i criteri di equità, efficienza, universalità e multiprofessionalità.

Si sottolinea in questa sede con forza che, dal punto di vista di SIP-Lo, un punto di forza in Regione Lombardia è dato dalla afferenza delle dipendenze, della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, della psichiatria, della psicologia e della disabilità psichica ai Dipartimenti di salute mentale e delle dipendenze (DSMD) istituiti con la L.R. 15 del 2016. I DSMD, integrando al loro interno specialistiche affini e complementari, permettono modalità organizzative innovative e integrazione clinica su condizioni che spesso appaiono di confine.

RIMODULAZIONE DELLE MODALITÀ DI ACCOGLIMENTO E VALUTAZIONE DELLA DOMANDA

Si reputa che l'accesso ai servizi sanitari rappresenti un ambito centrale e che debbano essere ridefiniti i criteri per rispondere alle richieste della cittadinanza.

Il primo accesso ai servizi di salute mentale permette all'utente di essere orientato al servizio più idoneo, di ottenere informazioni chiare e le risposte cliniche necessarie.

Si ritiene adeguato rispondere alle complessità ed eterogenità proprie dei bisogni di salute espressi dalla cittadinanza rafforzando e centralizzando le modalità di accoglienza e valutazione e proponendo un modello articolato su due livelli.

Questi livelli necessitano di essere declinati in base ai modelli organizzativi di ciascun Dipartimento e eventualmente sede di erogazione.

Accesso/Accoglienza

La cd "Accoglienza" è il primo contatto tra i Servizi e il cittadino, e definisce la percezione da parte della cittadinanza della qualità del servizio, delle proposte e delle prestazioni offerte.

Si reputa indicato spostare dallo specifico servizio erogante il momento dell'accoglienza e centralizzare questa funzione favorendo l'evoluzione dei servizi in un'ottica di punto di accesso unico (PUA). Il PUA potrebbe svilupparsi dapprima come porta unica di accesso ai servizi psichiatrici, pertanto a livello di S.C. di Psichiatria, e in un futuro come porta d'accesso a tutti i servizi per la salute mentale, e pertanto a livello dipartimentale. L'organizzazione del PUA dovrebbe essere in capo al DSMD, in base alle esigenze e caratteristiche geo-spaziali riscontrate sul territorio e all'organizzazione dei servizi erogativi presenti nel DSMD.

L'obiettivo del PUA è accogliere la domanda, valutarne le sfaccettature cliniche, funzionali e sociali definendo

1. www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/istituzione/Giunta/sedute-delibere-giunta-regionale/DettaglioDelibere/delibera-3720-legislatura-12

l'appropriatezza e permettendo una successiva processazione della stessa con invio presso il servizio specifico della struttura complessa o della struttura dipartimentale.

Il PUA necessita di spazi ed équipe dedicati in cui i professionisti abbiano maturato sufficiente esperienza clinica e formazione adeguata. L'analisi della domanda in fase dell'accettazione può coinvolgere diversi profili professionali e operatori in relazione al punto di intercezione e all'organizzazione del servizio.

Le "Case di Comunità", in qualità di strutture di prossimità per l'accesso ai Servizi SocioSanitari in un contesto di non-emergenza/urgenza, si configurano come la sede più adeguata in cui poter svolgere le attività di accoglienza. La presenza di un PUA per la salute mentale in questi spazi svolgerebbe un'azione di riduzione dello stigma verso i bisogni di salute mentale e permetterebbe una miglior integrazione con altri servizi di primo livello sia sanitari che socio-sanitari che sociali e con altre branche specialistiche (Medicina di assistenza primaria, punto prelievi, centro vaccinazioni, assistenza domiciliare integrata, altre specialità cliniche ecc).

Di seguito alcune indicazioni operative:

- Dal punto di vista organizzativo, ogni PUA dovrebbe prevedere una modalità/processo di accoglienza/valutazione definita esplicitamente (procedura).
- Dovrebbero essere seguite prassi operative che definiscano come effettuare la raccolta delle informazioni sanitarie, sociali e di contesto utili a valutare la richiesta. Tali prassi devono essere basate su strumenti che favoriscano la replicabilità e l'uniformità della valutazione tra operatori diversi (schede di accoglienza, raccolte dati strutturate, scale cliniche ecc).
- Al termine dell'accoglienza deve essere verificata l'appropriatezza rispetto alla necessità di intervento e di orientamento al servizio più adeguato fornendo pertanto una prima restituzione.

Valutazione/Triage

Il cd Triage Territoriale, secondo livello di intervento valutativo, subentra a livello della singola UdO identificata dall'équi-

pe del PUA in sede di Accoglienza. La sua organizzazione è in carico al direttore di SC di riferimento coerentemente con gli obiettivi e l'organizzazione dipartimentale.

Il suo obiettivo fondativo è quello di definire una priorità di intervento permettendo di allocare al meglio le risorse disponibili assicurando un posizionamento in lista d'attesa il più possibile funzionale alle necessità e alle caratteristiche d'urgenza della richiesta.

Devono essere definite opportune classi di priorità tramite criteri clinici oggettivabili che permettano di incasellare la domanda del cittadino rispettando i principi di equità, trasparenza e coerenza con le norme nazionali.

Trattandosi di una valutazione di secondo livello, con specificità legate al servizio in cui è inserito, viene effettuato da operatori di riferimento del servizio stesso, opportunamente formati e supportati da strumenti (scheda di valutazione tipo checklist, algoritmo diagnostico, etc) con l'obiettivo di creare uno step valutativo rapido, affidabile, replicabile e sicuro.

Sebbene la fase di valutazione possa coinvolgere diversi profili professionali e operatori è raccomandato che il triage orientativo strutturato venga svolto prioritariamente dall'infermiere. È tuttavia possibile che altri profili professionali possano essere specificatamente individuati.

I professionisti che sono impegnati nel triage devono essere esperti e opportunamente formati.

Devono essere previsti momenti di condivisione/intervisione tra i componenti dell'équipe.

Raccomandazione 1

Si raccomanda di favorire l'evoluzione dei servizi in un'ottica di punto di accesso unico (PUA) quale porta d'accesso al sistema Salute Mentale e di demandare alle singole unità d'offerta la definizione della priorità di intervento.

Raccomandazione 2

Si raccomanda di utilizzare prassi operative che definiscano come effettuare la raccolta delle informazioni cliniche, sociali e di contesto utili a valutare la richiesta basandosi

su strumenti che favoriscano la replicabilità e l'uniformità della valutazione tra operatori diversi (schede di accoglienza, raccolte dati strutturate, scale cliniche ecc).

RIMODULAZIONE/RIORGANIZZAZIONE DEL CPS

Relativamente alla riorganizzazione dei servizi territoriali il precedente documento (Ballantini et al. 2020) ha esposto con chiarezza l'evoluzione proposta.

Di seguito si riassumeranno con maggior concisione e alcuni distinguo le principali linee di sviluppo, rimandando a quanto già proposto per maggior esplicazione.

In maniera sostanzialmente sovrapponibile a quanto era stato pubblicato nel precedente position paper anche attualmente la rimodulazione dei servizi territoriali deve rispondere ad alcune criticità. Tra queste si reputano prioritarie: criticità non lineari di reperimento nei servizi di salute mentale del personale medico e delle professioni sanitarie e cambiamento nella tipologia di domanda di intervento.

Questo secondo aspetto appare determinato da:

- la modificazione reale dei quadri psicopatologici. Ad es. il sempre più frequente precoce uso problematico di sostanze che si interseca con l'evoluzione psicopatologica, l'incremento dei quadri ascrivibili ai disturbi della personalità (i cui criteri diagnostici, tuttora in discussione, devono però essere seguiti rigorosamente per non medicalizzare tratti di funzionamento con conseguenti problemi di gestione - profili di non curabilità), l'aumento dei disturbi comportamentali nei giovani (anche in questo caso distinguendo gli aspetti clinici dagli aspetti sociali o sociologici del discontrollo comportamentale), l'incremento dei problemi psichici connessi all'invecchiamento ecc, ecc
- le diverse richieste che la società pone in carico alla salute mentale e alla psichiatria nello specifico (ad es. la gestione dei soggetti autori di reato o gli interventi per i disturbi del neurosviluppo e la disabilità).

Il mutamento della domanda porta il CPS ad affrontare la condizione di pazienti con bisogni altamente specifici, mettendo in crisi un modello "generalista" di CPS che si

occupa di una area di territorio definita e non può avere al suo interno, se non in casi eccezionali, le competenze necessarie per affrontare una domanda così differenziata.

L'obiettivo appare allora quello di **favorire un processo di evoluzione dei servizi territoriali** che ha la finalità di promuovere l'appropriatezza e la risposta ai bisogni, razionalizzando le risorse disponibili. La proposta prevede il passaggio a un *modello flessibile "stepped care"* centrato sul paziente e sui suoi bisogni, superando il modello del CPS generalista, con diversi livelli di intensità e moduli di intervento basati sulla gravità clinica e per tipologie di bisogno. Il sistema valorizza il lavoro d'équipe, centralizzando la figura del case manager, promuovendo l'autonomia decisionale delle professioni sanitarie non mediche con un progressivo task shifting tra professioni complementari, definendo in modo chiaro le specificità non sostituibili di ogni professione e operando per favorire moduli differenti di risposta clinica in base ai bisogni evidenziati.

In quest'ottica è **reputata adeguata una riorganizzazione su tre livelli**, con i servizi dei primi due livelli che mantengono l'attuale divisione territoriale/zonale, al fine di favorire gli interventi di prossimità.

Va sottolineato che seppure non possa esserci un vincolo per quanto riguarda la residenza del cittadino il principio della titolarità in base alla residenza/domicilio abituale dell'utente è particolarmente indicato e clinicamente utile laddove i quadri clinici necessitino di integrazione con altre reti e servizi basati sul territorio prevalente di vita del paziente, al fine di offrire interventi integrati effettivamente accessibili e fruibili.

► PRIMO LIVELLO

Il primo livello, concettualmente identificabile nell'attuale CPS, viene sviluppato mediante l'articolazione in quattro aree funzionali distinte. È bene ribadire che le articolazioni che si descrivono non devono essere intese come articolazioni strutturali: il servizio di primo livello (CPS) mantiene integra la sua identità e unitarietà.

La disposizione organizzativa proposta su aree di intervento rappresenta una evoluzione dei “percorsi di cura” introdotti col precedente Piano Regionale di Salute Mentale e ne mantiene la prospettiva e il significato clinico. A margine si sottolinea che la riorganizzazione deve mantenere e rafforzare le reti di collaborazione con le politiche territoriali locali e con i loro attori e portatori di interesse, con particolare attenzione a quelli appartenenti al c.d. Terzo Settore, comprendente l’Associazionismo e la cooperazione sociale.

Polo dei disturbi mentali gravi

Questa articolazione deve gestire i pazienti gravi, con scarso insight, importante disfunzionamento ed alta instabilità. Possono essere sia pazienti all’esordio della psicopatologia sia soggetti in una fase avanzata di malattia. È qui previsto l’intero spettro di interventi: trattamenti farmacologici, psicoterapici e psicosociali (sia individuali che di gruppo), approfondimenti psicodiagnostici finalizzati ad individuare il più corretto assetto trattamentale, supporto alle famiglie, attività di inserimento lavorativo evidence based (quali, ad esempio, l’Individual Placement and Support — IPS), interventi domiciliari, collaborazione e collegamento con altre articolazioni del Dipartimento, dell’ASST e dell’Ente Locale, e tutela della salute fisica (in stretta collaborazione con il MMG/PLS e con le articolazioni distrettuali specialistiche). Richiedono elevata intensità di cura ed interventi estensivi oltre che la possibile gestione in urgenza. Il ruolo del medico è primario nella gestione del caso clinico che avviene comunque in equipe multi-professionali.

Polo del case management:

Mirato alla gestione di pazienti gravi, ma con disturbi stabilizzati e prevalenti bisogni socio-riabilitativi. Per questi pazienti è appropriato e necessario un minor livello di intensità clinica, investendo le risorse sul piano dell’assistenza, riabilitazione e recupero sociale. La gestione dei casi con il modello del case management è un processo

collaborativo di raccolta dati e informazioni, identificazione di bisogni, pianificazione, facilitazione, coordinamento delle cure e di valutazione in itinere periodica dei progetti a supporto dei bisogni sanitari dell’individuo e della famiglia. Il case management è affidato a professionisti sanitari non medici nella gestione e nella progettazione del piano assistenziale/ riabilitativo/educativo individuale, in collaborazione con il personale medico. Il case manager si occupa della presa in carico degli utenti per i quali vengono individuati progetti terapeutici riabilitativi personalizzati ed articolati, con il coinvolgimento della rete sociale territoriale e delle famiglie; è gestito da team di professionisti principalmente non-medici coordinati da un case manager referente. La realizzazione del processo di cura è demandata al team multi-professionale che viene così investito di proprie responsabilità. Il medico psichiatra effettua attività consulenziale.

Polo dei disturbi emotivi comuni:

Questa articolazione si occupa di offrire prestazioni a pazienti affetti da psicopatologia di minore gravità e minori bisogni ma ad alta prevalenza (patologie depressive, ansiose e somatoformi) a cui vengono offerti a pacchetti a minore intensità di cura e durata limitata in collaborazione con MMG o altri specialisti.

Si occupa inoltre della costruzione di una rete di relazioni con i professionisti del Distretto, comprendendo le attività di formazione dei MMG; di progetto informativo e di prevenzione con la cittadinanza. Le attività possono essere realizzate anche in sedi distaccate (es. Case di comunità, ambulatori ospedalieri ecc) a seconda di ciò che suggeriscono le diverse organizzazioni territoriali.

In questo polo lavorano, insieme allo psichiatra e in collaborazione con il MMG, lo psicologo, l’infermiere e il tecnico della riabilitazione psichiatrica. I percorsi di cura sono strutturati a pacchetti di interventi e limitati nel tempo. Gli infermieri sviluppano specifiche competenze sia tecniche (monitoraggio dell’evoluzione dei sintomi, degli effetti collaterali dei trattamenti ecc.) sia relazionali

(come operatore più prossimo al paziente, come interfaccia e collegamento col medico di medicina generale) grazie anche a momenti di supervisione/intervisione e formazione continua. Gli interventi, sia medici che psicologici, devono rispondere a criteri di efficienza per non creare inutili fenomeni di liste di attesa o saturazione delle risorse, e basarsi su modelli evidence based (ad es. linee guida per aree patologiche).

Polo area giovani:

Si reputa prioritario favorire l'organizzazione dei servizi territoriali al fine di aumentare l'attenzione alla fascia giovane della popolazione, ad oggi poco rappresentata tra gli utenti dei servizi psichiatrici, e alla cosiddetta fascia di transizione, favorendo la continuità di cura basata sui bisogni dell'utente.

Tale attenzione può essere favorita dalla strutturazione a sistema, anche dal punto di vista delle risorse, dei cd "Progetti Innovativi" che hanno permesso alle varie ASST negli anni di creare dei contesti di intervento specialistici con équipe dedicate.

Area giovani può meritare diverse modalità organizzative in base ai diversi bisogni dei territori e delle risorse disponibili (intese sia come risorse di personale che di altre realtà territoriali) e può essere definito quale servizio di primo livello autonomo, trasversale, funzionale integrato, sempre in carico al DSMD e in collaborazione con servizi complementari (es. servizi consultoriali).

A tal proposito si rimanda punto 3 di questo documento, oltre ai documenti specifici di SIP-Lo in merito al trattamento dei disturbi mentali in età giovanile.

▷ SECONDO LIVELLO

Parzialmente a scavalco col primo livello, si tratta di un ulteriore livello di specializzazione con ambulatori specialistici per disturbi che richiedono lo sviluppo di competenze specifiche e maggiormente settorializzate (Disturbi del neurosviluppo in età adulta, Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, Disturbi del peripartum). Tali servizi mostrano una distribuzione territoriale defi-

nita dalla ATS di riferimento in base ai bisogni riscontrati sul territorio. Si può ipotizzare, per tali servizi, un centro hub che si occupi della diagnostica di secondo livello e di impostazione di piani di trattamento complessi, e di centri spoke che erogano i trattamenti e monitorano il percorso di cura, in integrazione con il centro hub inviante.

▷ TERZO LIVELLO

L'evoluzione del sistema dei servizi per la salute mentale deve evidenziare sul territorio regionale centri sovrazionali d'eccellenza per alcune condizioni cliniche complesse, a bassa prevalenza, che necessitino di interventi altamente specialistici. Questi centri rispondono con approfondimenti diagnostici e/o strumentali, interventi a pacchetto specifici e in supporto/consulenza ai servizi di primo e secondo livello.

Esempi ne possono essere servizi sovrazionali per le psicopatologie resistenti ai trattamenti, interventi super-specialistici per i traumi maggiori o di etnopsichiatria, con interventi puntiformi su richiesta.

Raccomandazione 3

Si raccomanda di ridefinire il modello organizzativo territoriale centrandolo sul paziente superando il modello del CPS generalista, con diversi livelli di intensità e moduli di intervento basati sulla gravità clinica e per tipologie di bisogno

Raccomandazione 4

Si raccomanda di ridefinire l'assistenza territoriale secondo tre livelli. Un primo livello di prossimità, un secondo livello su base dipartimentale o sul territorio di ATS e un terzo livello sovrazionale in base alla necessità di interventi super specialistici e della prevalenza delle condizioni cliniche.

Raccomandazione 5

Si raccomanda di riorganizzare l'assistenza territoriale di primo livello secondo articolazioni funzionali e di prevedere per ognuna di queste un modello di attività e di responsabilità multiprofessionali secondo un modello di task-shifting

INTERFACCIA E INTEGRAZIONE CON REALTÀ TERRITORIALI COMPLEMENTARI (DIPENDENZE, NEUROPSICHIATRIA INFANTILE, PSICOLOGIA DELLE CURE PRIMARIE ECC.)

Le trasformazioni della domanda e i quadri clinici che spesso comportano sovrapposizione tra specialistiche, richiede che i servizi territoriali psichiatrici proseguano e rafforzino l'integrazione con servizi complementari. È fondamentale intervenire per rafforzare i collegamenti e l'interfaccia tra i vari Servizi dipartimentali (psichiatria adulti, SerD, UONPIA, psicologia delle cure primarie) con l'obiettivo di creare sempre maggiori ed estese aree di collaborazione ed integrazione, migliorando nel complesso il servizio reso ai cittadini. Tale percorso di integrazione è reso più semplice dalla afferenza delle dipendenze, della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, della psichiatria, della psicologia e della disabilità psichica ai Dipartimenti di salute mentale e delle dipendenze (DSMD) istituiti con la L.R. 15 del 2016. In tale contesto, il coinvolgimento delle componenti psicosociali dei consultori potrebbe rappresentare un ulteriore livello di integrazione funzionale territoriale.

Un ambito particolarmente critico e nel quale l'integrazione tra servizi è massima è dato dall'età di transizione, ovvero il periodo che va dalla pre-adolescenza alla giovane età adulta. Relativamente alla gestione territoriale sono state rilevate criticità e difformità territoriali rispetto al passaggio tra i Servizi dedicati a infanzia/adolescenza (UONPIA) e i Servizi per adulti e il basso accesso ai CPS dei giovani adulti (18-24 anni), che in questi ambiti sono sotto-rappresentati.

Questi temi necessitano di una riorganizzazione dei servizi che si basi sul bisogno dell'utenza e volta a fornire risposte nella prospettiva longitudinale/lifespan. La riorganizzazione deve prevedere modelli condivisi tra le diverse società scientifiche interessate.

La proposta di SIP-Lo, che può essere approfondita nel position paper dedicato specificatamente alla gestione dei disturbi psichici in età adolescenziale e giovanile (Percudani et al. 2025) prevede:

L'istituzione di Equipe funzionali di transizione

Attivazione in tutte le ASST di equipe funzionali (Unità di Transizione) in capo al DSMD, costituite da Neuropsichiatra Infantile, Psichiatra, Medico delle dipendenze, Psicologo, Infermiere, TERP e Assistente Sociale. Le equipe hanno la finalità di garantire la gestione condivisa e ridurre la dispersione nel passaggio tra servizi. Le prestazioni sono segnate sulla cartella clinica di entrambi i servizi. Le equipe devono prevedere la collaborazione ed il confronto tra tutti gli ambiti disciplinari che rientrano nell'area salute mentale oltre che tutte le figure professionali. Per i pazienti che chiedono intervento tra i 16 e i 17 anni è utile proporre una valutazione congiunta, condividendo strumenti di assessment, favorendo l'uniformarsi di linguaggi differenti e dando la possibilità ai pazienti di conoscere subito le figure che saranno di riferimento dopo la maggiore età.

Lo sviluppo del ruolo delle reti di comunità in ottica di prevenzione (Coalizione Comunitaria)

Va dato rilievo al ruolo della comunità soprattutto in ottica di prevenzione. È necessario affrontare il disagio adolescenziale e giovanile ed identificare molto precocemente i giovani che vivono situazioni di vulnerabilità e che sono a rischio per prevenire disturbi più gravi e per avviare interventi efficaci nei loro contesti di vita. Appare necessario ed utile differenziare operativamente condizioni di disagio, che trovano nella rete sociale e relazionale la loro soluzione, dalle condizioni di rischio che possono evolvere in quadri clinici che invece necessitano di interventi sanitari specialistici.

Appare pertanto centrale coinvolgere la realtà sociale sviluppando reti di comunità mirate alla prevenzione. Il modello della Coalizione Comunitaria prevede il coinvolgimento delle realtà operanti nel territorio (enti, cittadini, scuole, oratori, centri di aiuto allo studio, gruppi giovanili), per mobilitare la rete sociale verso l'obiettivo comune di prevenire le situazioni di disagio e offrire l'aiuto necessario, collaborando con i servizi – e promuovendo la costituzione

di un Tavolo di coordinamento o Board, al fine di coordinare sia gli interventi in favore dei ragazzi in difficoltà, sia le azioni di formazione, educazione e prevenzione.

Raccomandazione 6

Si raccomanda di sviluppare modelli di integrazione tra specialistiche affini con modelli innovativi tramite la definizione di equipe funzionali multiprofessionali a scavalco tra le diverse unità d'offerta al fine di rispondere ai bisogni del paziente che spesso incidono su più servizi specialistici

DEFINIZIONE DI STANDARD DI PERSONALE

Un tema centrale per il funzionamento dei servizi territoriali è dato dalla dotazione organica di personale. La psichiatria (e in generale i servizi di salute mentale) necessita di investimenti massicci in personale, essendo gli operatori strumento diagnostico e terapeutico insostituibile. Ad oggi non sono stati approvati e attuati parametri per quanto riguarda il rapporto tra personale e popolazione servita.

Gli unici criteri di riferimento disponibili sono stati pubblicati da Agenas e propongono di assegnare per i servizi psichiatrici di un DSMD di 100.000 abitanti: 10 psichiatri, 5 psicologi e circa 50 operatori del comparto per un complessivo di circa 67 operatori ogni 100.000 abitanti (Agenas 2022). Sebbene il documento contenente questi criteri sia stato approvato dai Ministri di Salute e Finanze, richiamando il DPR 1/11/1999, lo stesso non ha a tutt'oggi alcun valore normativo (Intesa Stato Regioni 2022).

Questi criteri dovrebbero rappresentare la base da cui partire per definire gli standard minimi di personale per il funzionamento dei servizi, considerando al contempo alcuni parametri oggettivi (quali la dispersione territoriale, l'offerta di posti letto residenziali e ospedalieri ecc.) che influenzando i bisogni in base all'area di offerta andrebbero valutati in ogni singola ATS con la regia dell'OCSM al fine di favorire un omogeneo livello di offerta diagnostico- terapeutica.

Come proposto anche nel recente Piano di Azioni per la Salute Mentale 2025-2030, appare quindi urgente

formalizzare la dotazione organica dei servizi e il rapporto tra psichiatri e operatori di diversa professionalità sulla popolazione afferente, anche evidenziando tale aspetto tra i criteri di accreditamento dei servizi territoriali, così come sono definiti per le strutture residenziali e i reparti d'acuzie.

Si propone inoltre di rivedere i criteri di accreditamento organizzativo considerando i bisogni del territorio in cui il singolo servizio si trova ad operare, le progettualità complementari in essere, le risorse su cui fare riferimento, nonché eventuali progetti di job shifting che possano rendere più flessibile sia l'accesso degli utenti che la organizzazione delle attività erogate.

Raccomandazione 7

Si raccomanda di definire uno standard di riferimento per il personale afferente ai servizi territoriali di psichiatria partendo dai criteri identificati da Agenas e facendo riferimento agli specifici bisogni e conformazione dei territori, quali ad esempio la dispersione territoriale.

Raccomandazione 8

Si raccomanda inoltre di ridefinire i criteri di accreditamento dei servizi territoriali e gli orari in cui si articola l'apertura dei servizi demandandoli all'OCSM, in grado di leggere i bisogni di un dato territorio e di confrontarli con ciò che è concretamente disponibile, nell'ottica di un approccio basato sull'efficienza e attento al bisogno dell'utenza.

ULTERIORI ASPETTI

I servizi territoriali promuovono la riorganizzazione favorendo un approccio mirato al recovery, processo personale di acquisizione di competenza, responsabilità e cambiamento individuale che si pone l'obiettivo di permettere una buona qualità di vita nonostante i disturbi.

All'interno di questo modello diviene centrale favorire lo sviluppo dell'empowerment di utenti e di familiari, il valore dell'esperienza personale di malattia, sia in termini individuali per affrontare meglio il proprio recovery personale, sia per sostenere i percorsi di altre persone che

entrano nei servizi (supporto tra pari), la collaborazione con le Associazioni dei familiari.

Il modello dei servizi mirato al recovery pone particolare attenzione alla valorizzazione degli utenti esperti, ad esempio con il loro coinvolgimento all'interno di gruppi riabilitativi e psicoeducazionali, alla creazione di gruppi e attività di self-help e di peer support nei momenti di maggiori difficoltà di adesione al trattamento o nei primi accessi al servizio, ai progetti di inserimento o reinserimento lavorativo, al coinvolgimento dei familiari ad attività di contrasto allo stigma e all'auto stigma.

Raccomandazione 9

Si raccomanda di proseguire e rafforzare all'interno dei servizi territoriali di psichiatria un approccio basato al recovery, con il coinvolgimento degli utenti e dei familiari e la valorizzazione della loro esperienza, al fine di offrire servizi realmente basati sui bisogni anche in un'ottica di co-progettazione.

DIGITALIZZAZIONE

Trasversalmente, appare necessario un significativo investimento per quelli che sono i supporti tecnici al lavoro clinico quotidiano, in particolare con un'aumentata integrazione digitale (CCE comune tra i Servizi afferenti al DSMD; applicazione diffusa della telemedicina) insieme alla continua e necessaria formazione multidisciplinare sia per garantire un lavoro routinario qualitativamente migliore che per le necessità di approfondimento che dovessero emergere dal continuo aggiornamento della pratica clinica.

Raccomandazione 10

Si raccomanda di accelerare lo sviluppo, già in essere, dell'integrazione digitale tra servizi con l'adozione della CCE in tutti i servizi territoriali di psichiatria e del DSMD.

RIFERIMENTI

1. Agenas – Gruppo di lavoro salute mentale. *Standard per l'assistenza territoriale dei servizi salute mentale adulti, dipendenze patologiche, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e salute in carcere* protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022
2. Ballantini M. et al. *Proposte per una riorganizzazione dell'attività territoriale in salute mentale in lombardia* Psichiatria Oggi XXXIII n.2
3. Conferenza Stato-regioni. *Piano di azioni nazionale per la salute mentale (pansm)*. Approvato 24 gennaio 2013. Testo disponibile (allegato). Disponibile: www.Sogniebisogni.It/images/leggi_e_normative/leggipdf/piano-di-azioni-nazionale-per-la-salute-mentale-conferenza-stato-regioni-24-1-2013.pdf
4. Intesa Stato regioni “Metodo per la determinazione del personale del ssn” dar-0020694 del 12/12/2022
5. Jeitani, A, et al. *Effectiveness of stepped care for mental health disorders: an umbrella review of meta-analyses, personalized medicine in psychiatry*, volumes 47–48, 2024, 100140, issn 2468-1717 <https://doi.Org/10.1016/J.Pmip.2024.100140>.
6. Regione Lombardia. *Legge regionale 11 agosto 2016, n. 15* (Testo l.R. 15/2016). Banca dati consiglio regionale Lombardia. Disponibile: www.normelombardia.Consiglio.Regione.Lombardia.It/normelombardia/accessibile/main.Aspx?Iddoc=1002016062900015&view=showdoc
7. Regione Lombardia — Giunta regionale. *Delibera n. XII/3720 del 30/12/2024 — determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del ssr per l'anno 2025 (regole di sistema 2025)*. Pagina ufficiale regione Lombardia. Disponibile: www.Regione.Lombardia.It/wps/portal/istituzionale/hp/istituzione/giunta/sedute-delibere-giunta-regionale/dettagliodelibere/delibera-3720-legislatura-12
8. Percudani M et al. *Trattamento dei disturbi mentali in età giovanile* Psichiatria Oggi 2025
9. The european House, Ambrosetti, Angelini Pharma, Headway. *La salute mentale come motore della crescita socio-economica dell'italia*, presentato al ministero della salute, Roma, 4 febbraio 2025

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 Lombarda
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

