



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

IPOTESI DI EVOLUZIONE DEL SISTEMA RESIDENZIALE PSICHIATRICO LOMBARDO

REVISIONE 2025

Coordinatori

Caterina Viganò e GianMarco Giobbio

Gruppo di lavoro

Antonio Amatulli

Stefano Barlati

Alessandro Carozzi

Daniele Carretta

Alessandro Grecchi

Alessandra Martinelli

Giovanna Valvassori

SINOSSI

L'evoluzione epidemiologica e clinico organizzativa psichiatrica, accompagnata dalle nuove normative in materia, impone una riorganizzazione anche dell'offerta riabilitativa residenziale. Le linee di indirizzo contenute nel presente documento tengono conto delle criticità emerse negli anni trascorsi dall'introduzione della DGR 4221 del 2007 ad oggi, in particolare per quanto riguarda la scarsa differenziazione delle strutture, la carenza di strutture a media o bassa intensità assistenziale e riabilitativa, la differente modalità di accesso nelle strutture socio sanitarie (RSA e RSD in particolare) che rendono spesso difficile il trasferimento di ospiti dalle strutture psichiatriche, l'abbattimento tariffario al superamento dei limiti temporali prefissati.

I principali temi trattati riguardano: la costruzione di una architettura riabilitativa residenziale più flessibile in grado di rispondere meglio alle patologie specifiche ed alle tematiche emergenti in tema di patologie psichiatriche emergenti e oggetto di particolare considerazione (disturbi di personalità doppia diagnosi, disturbi del comportamento alimentare, pazienti autori di reato, comorbidità con disabilità intellettiva) o sviluppo di percorsi a lungo termine per i pazienti che presentano bisogni assistenziali importanti e modesti bisogni riabilitativi con l'obiettivo di creare un contesto in grado di farsi carico in modo estensivo del paziente psichiatrico cronico con rete sociale e familiare deficitaria; la messa in rete delle risorse residenziali a forte integrazione socio sanitaria per i pazienti che non necessitano più di interventi riabilitativi psichiatrici, che tenga conto della criticità legata alla compartecipazione alla spesa per l'accesso al sistema socio sanitario; la maggiore armonizzazione tra DSMD e strutture della riabilitazione residenziale psichiatrica, in larga parte gestite da privato accreditato; l'utilizzo delle nuove tecnologie (telemedicina) a supporto dei progetti riabilitativi residenziali.

PREMESSA

La modifica al capitolo V della LR 33 del 2009 così come previsto dalla Legge regionale 15 del 2016 disegna una nuova psichiatria fortemente integrata in cui il paziente viene messo al centro di un percorso clinico multidimensionale. Allo stesso modo la riabilitazione deve migliorare l'integrazione tra gli interventi riabilitativi residenziali e gli altri servizi di salute mentale ponendo al centro del modello i bisogni del paziente.

Il sistema di salute mentale lombardo si è arricchito a partire dagli anni '90 di una rete di strutture residenziali, pubbliche e private, che ha permesso di completare l'offerta di strutture per la salute mentale, fino ad allora carente in questa area. Oggi complessivamente in Lombardia ci sono circa 5.25 posti letto per 10.000 abitanti.

Tuttavia, a oltre dieci anni dal precedente documento di riordino dell'area residenziale (DGR 4221/2007), sono presenti criticità che rendono necessario aggiornare il sistema per andare incontro a bisogni emergenti e a una evoluzione sostenibile dei servizi per la salute mentale.

Nella definizione di un nuovo sistema della residenzialità psichiatrica, non si può prescindere da alcuni elementi evidenziati, oltre che dall'esperienza diretta nella gestione di servizi residenziali, anche da autorevoli documenti ufficiali nazionali ed internazionali (NICE 2020, ISTISAN 2023):

- Determinanti sociali della salute mentale, paradigma biopsicosociale e presa in carico integrata: psichiatria di comunità. La Salute mentale e molti disturbi mentali sono plasmati in larga misura dal contesto sociale, economico, e fisico in cui le persone vivono. Agire sulla rilevanza della dimensione sociale nel benessere o malessere mentale delle persone per modificare le condizioni di vita quotidiana lungo l'intero arco della vita permette sia di migliorare le condizioni di salute mentale nella popolazione che di ridurre il rischio per quei disturbi mentali associati alle disuguaglianze sociali. Questo determina la necessità di rendere la permanenza delle persone in strutture residenziali il

meno prolungata possibile e sempre più caratterizzata da programmi riabilitativi specifici.

- Integrazione socio sanitaria e connessione del sistema sanitario con quello sociale e delle politiche territoriali. Anche nel ripensare il sistema della residenzialità, per quanto affermato sopra, si evidenzia la necessità di connettere il sistema Sanitario con quello Sociale e delle Politiche Territoriali. Nella prospettiva di riavvicinarci al territorio con le residenze, è fondamentale poter fare riferimento a territori inclusivi che approcciano le persone nella loro dimensione di cittadini integrati. Gli stessi cittadini vanno formati ed orientati a visioni più globali del concetto di benessere e di salute mentale da non circoscrivere ai soli ambiti sanitari, ma piuttosto nella prospettiva di un miglioramento diffuso della qualità di vita
- Orientamento di competenze e servizi alla Recovery e coproduzione, con particolare riferimento al coinvolgimento sistematico dell'ospite / utente / persona in recovery nell'intero percorso di produzione del servizio che egli usa. Pensiamo che i modelli – ideali ed operativi - della Recovery e della coproduzione bene interpretino i temi, per noi fondamentali nel percorso riabilitativo, della condivisione degli Utenti nei loro progetti di vita, dell'orientamento all'autonomia, dell'autodeterminazione e della guarigione sociale che rinforzano il concetto di valore della persona e che, quindi, potrebbero diventare un approccio condiviso entro cui convogliare prassi di intervento e di progettazione riabilitativa, anche e soprattutto nelle strutture residenziali.

EPIDEMIOLOGIA

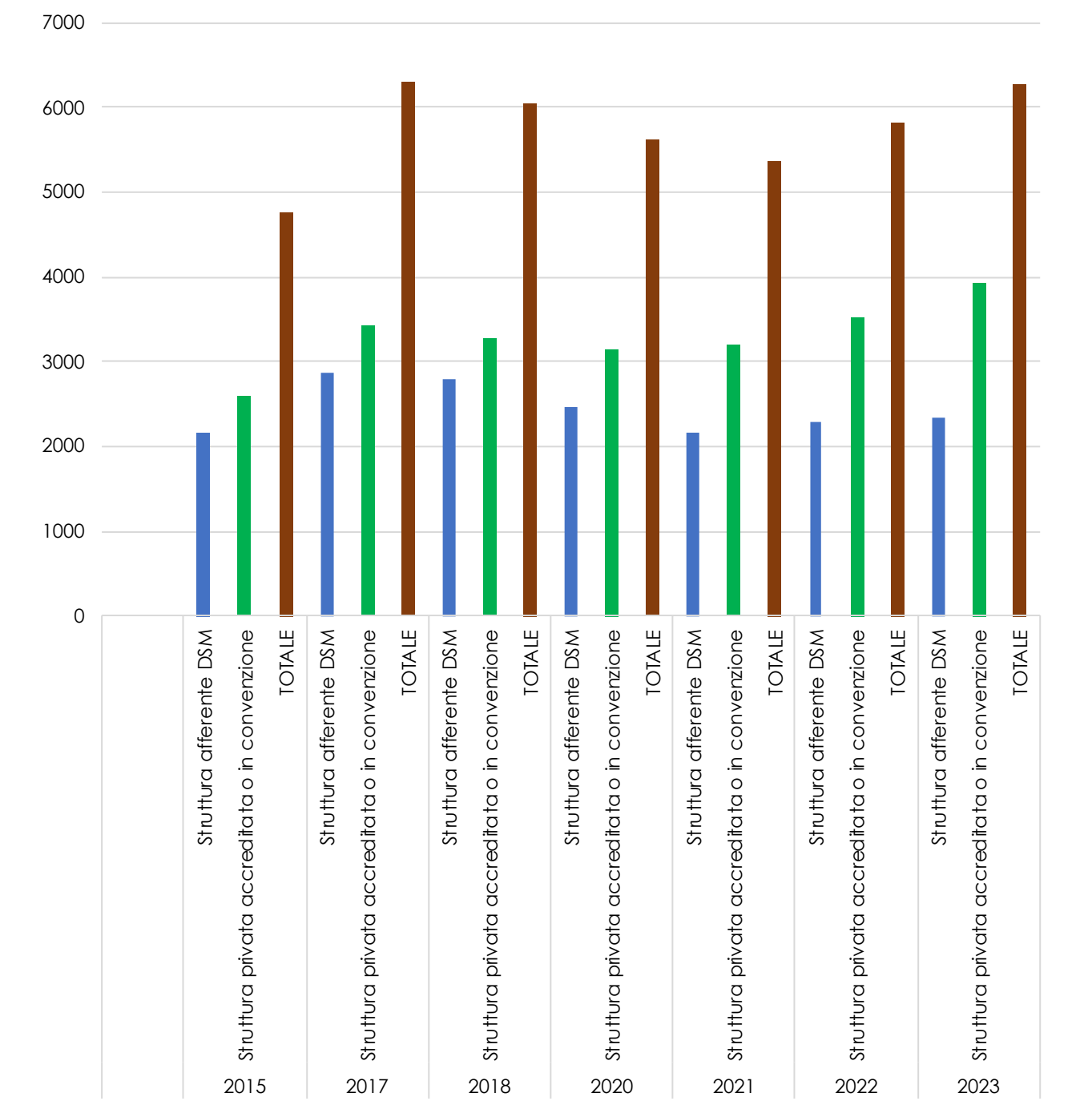
La *Figura 1* mostra il numero di utenti presenti in strutture residenziali psichiatriche in Italia tra il 2015 e il 2023 (esclusi gli anni 2016 e 2019), suddivisi per tipo di rapporto delle strutture con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ovvero in struttura differente DSM (Dipartimento di Salute Mentale) e struttura privata accreditata o in con-

venzione. Il grafico evidenzia una crescita iniziale seguita da una stabilizzazione e in seguito da un'altra crescita, con una predominanza di utenti nelle strutture private accreditate o in convenzione (62.6% nel 2023) rispetto a quelle DSM.

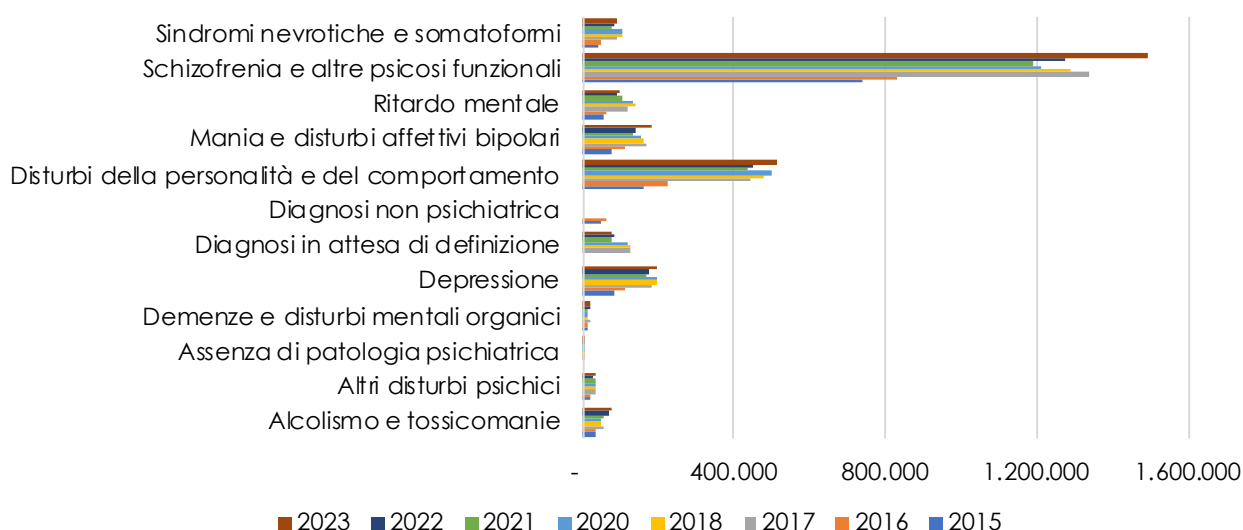
La *Figura 2* illustra l'andamento di diverse categorie di disturbi psichiatrici nel periodo 2015-2023. Molte delle

categorie diagnostiche mostrano una relativa stabilità nel numero di casi, con variazioni minime nel corso degli anni. Ad esempio, la categoria della Schizofrenia e altre psicosi funzionali, una delle più rappresentative, mantiene un numero di casi stabile intorno agli 800.000 ogni anno. Il Ritardo mentale presenta lievi oscillazioni ma si attesta costantemente poco sopra i 400.000 casi, mentre

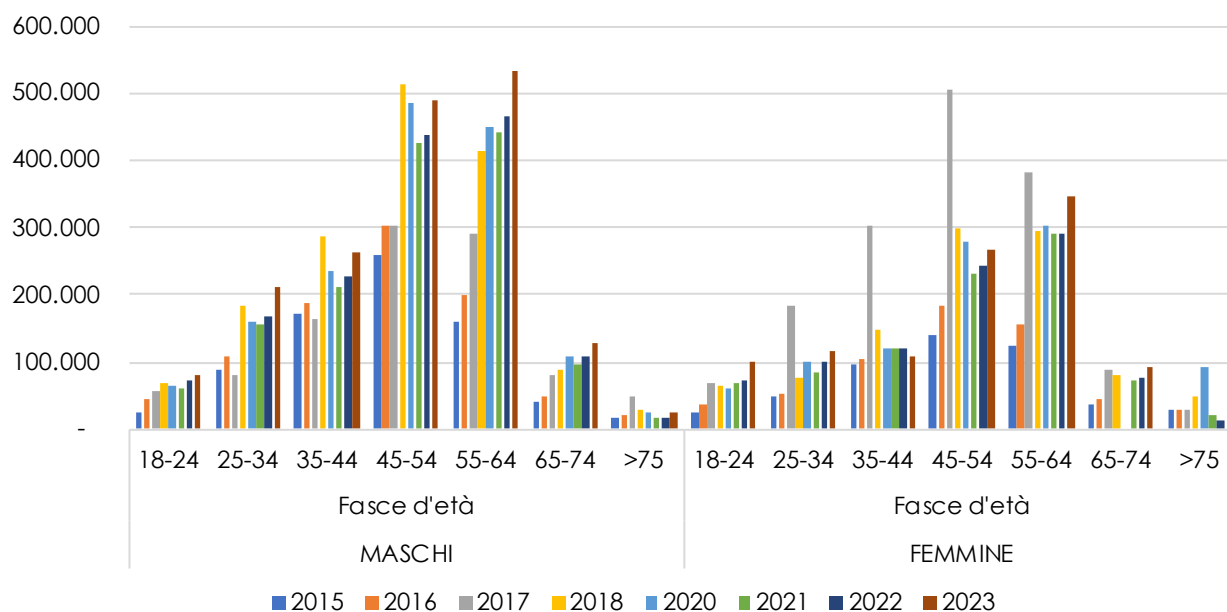
Figura 1: Utenti presenti in strutture residenziali psichiatriche per tipo di rapporto delle strutture con il SSN.



Fonte: NSIS - Sistema informativo salute mentale (SISM) - anno 2015-2022 (esclusi anni 2026 e 2019).

Figura 2: Giornate di degenza erogate in strutture residenziali psichiatriche per gruppo diagnostico.

Fonte: NSIS - Sistema informativo salute mentale (SISM) - anno 2015-2023 (escluso 2019)

Figura 3: Giornate di degenza erogate in strutture residenziali psichiatriche per sesso e fasce d'età.

Fonte: NSIS - Sistema informativo salute mentale (SISM) - anno 2015-2023 (escluso 2019)

la categoria Mania e disturbi affettivi bipolari varia tra 200.000 e 300.000 casi. Alcune categorie mostrano invece tendenze leggermente differenti. Le sindromi nevrotiche e somatoformi, ad esempio, registrano un aumento nel 2022, mentre i casi di alcolismo e tossicomanie sembrano subire un leggero aumento negli ultimi anni. C'è un chiaro

aumento dei casi relativi ai disturbi della personalità e del comportamento a partire dal 2017 rispetto a 2015-2016, che si stabilizza negli anni successivi.

La *Figura 3* mostra come per entrambe le fasce di sesso, si nota una certa variabilità nel numero di casi tra gli anni, con un picco generale nel 2017 e un incremento nel

2022 e nel 2023 per alcune fasce di età, in particolare tra i 45-64 anni. In generale, le fasce d'età intermedie (45-64 anni) rappresentano il gruppo con il maggior numero di casi, specialmente nei maschi. Dal grafico, inoltre, si nota che il numero di casi tra i pazienti anziani (65-74 anni e >75 anni) presenta una leggera crescita negli ultimi anni (2022 e 2023), sia per i maschi che per le femmine.

AREE DI CRITICITÀ DELL'ATTUALE ORGANIZZAZIONE RESIDENZIALE PSICHIATRICA

L'applicazione del modello di riqualificazione della residenzialità psichiatrica così come articolato nel Piano Regionale Salute Mentale e nella DGR 4221 del 2007, ha permesso di ripensare la classificazione delle strutture residenziali definendo in modo preciso i criteri di accreditamento e le tariffe differenziate in base all'impegno riabilitativo assolto; ha inoltre introdotto il concetto della durata del progetto riabilitativo e della promozione di percorsi che consentano il passaggio dei pazienti più autonomi dalle strutture a più alta intensità riabilitativa alle strutture a più bassa intensità riabilitativa. Tali cambiamenti hanno determinato l'avvio di una nuova fase della riabilitazione psichiatrica. A distanza di oltre un decennio dalla sua realizzazione si è evidenziata la necessità di una revisione che garantendo la tenuta complessiva del sistema possa intervenire su alcune aree critiche emerse nel corso degli anni o indotte dall'emergere di nuovi bisogni. Gli elementi critici dimostrati dal sistema residenzialità psichiatrica nel corso di questi anni possono essere così riassunti:

- Scarsa differenziazione dei programmi riabilitativi e dell'offerta specialistica legata in parte alla ridotta flessibilità dell'accREDITamento in termini di figure professionali;
- Sovraesposizione delle Comunità ad alta intensità assistenziale e ad alta e media intensità riabilitativa con effetto "collo di bottiglia" per l'approccio riabilitativo dei pazienti con minori bisogni assistenziali/riabilitativi;

- Limiti temporali predefiniti;
- Insufficiente valorizzazione delle residenzialità leggera o supportata o di altra possibilità di residenzialità estensiva a bassa assistenza;
- Mancanza di strutture socio sanitarie per l'accogli-mento dei pazienti psichiatrici anziani o con gravi disabilità o con patologie organiche e compromissioni fisiche che li rendono incapaci di vita autonoma.

Alla luce dell'esperienza diretta dei dipartimenti di salute mentale e delle strutture residenziali psichiatriche del privato accreditato si confermano, rispetto al precedente documento SIPLo (*) le seguenti aree di bisogni riabilitativi residenziali non adeguatamente supportate dall'attuale sistema:

- I. Percorsi riabilitativi residenziali differenziati per complessità clinica e per aree omogenee di pazienti con bisogni specifici: pazienti affetti da gravi disturbi di personalità, comorbidità con DUS - doppia diagnosi, pazienti autori di reato, disturbi della nutrizione e alimentazione (DNA); altre aree di confine complesse quale la disabilità intellettiva in comorbidità psichiatrica.
- II. Percorso riabilitativo residenziale per pazienti affetti da disturbi psichiatrici nelle fasi di transizione tra minore e maggiore età.
- III. Percorsi residenziali a breve/medio termine per pazienti in fase subacuta ricoverati in SPDC in attesa di percorso socio sanitario;
- IV. Gestione residenziale a lungo termine dei pazienti affetti da gravi disturbi mentali con ridotta autonomia ed alto bisogno di assistenza;
- V. Nuclei dedicati a pazienti psicogeriatrici;
- VI. Telemedicina in ambito psichiatrico a supporto delle SRP_{3,2} e SRP_{3,3}

MODELLI DI RIFERIMENTO

Si ritiene che nella riformulazione del sistema residenziale lombardo sia opportuno intervenire a più livelli, tenendo conto delle esigenze sia di appropriatezza che di contenimento della spesa.

È necessario continuare nell'innovazione, introdotta dal PRSM del 2004 e dalla 4221/2007, riaffermando espressamente i criteri che hanno rivoluzionato la residenzialità psichiatrica, passata da strutture rigide, contenitori indistinti di cronicità (post o neo manicomiali), a strumenti flessibili e differenziati per programmi di cura, riabilitazione e assistenza, concepiti come non separati ma integrati con il percorso territoriale.

L'innovazione deve tenere conto poi dei cambiamenti epidemiologici che la psichiatria e l'assetto organizzativo dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze hanno dovuto affrontare in questi ultimi anni. A questo riguardo appare indispensabile la definizione di percorsi residenziali dedicati ad utenti con bisogni specifici, quali i disturbi di personalità, i disturbi del comportamento alimentare, i pazienti con provvedimenti giudiziari, le doppie o triple diagnosi. Allo stesso tempo il sistema residenziale deve considerare bisogni emergenti e di forte criticità per il sistema, quali i pazienti in cui il disturbo psichiatrico è in comorbidità con la disabilità intellettiva, la psicogeriatría, le situazioni di post-acuzie per pazienti ricoverati in SPDC che non possono rientrare al domicilio per mancanza di adeguato supporto o che necessitano ancora di ambiente protetto a forte valenza clinica.

Riguardo alle tipologie di strutture SRP1 e SRP2 dovrebbe essere considerata prevalente la connotazione sanitaria, mantenendo le differenziazioni proposte. In questo ambito, occorre considerare analiticamente le proposte dei requisiti organizzativi riguardo alla dotazione di personale per l'accreditamento delle nuove SR. Di primaria importanza sono le osservazioni circa le proposte sulla dotazione di personale medico da rivedere alla luce dei programmi attuati. Da più parti viene sollecitata una responsabilità sul percorso del paziente affidata anche ad altre figure professionali (infermiere, psicologo, educatore e tecnici della riabilitazione psichiatrica, assistente sociale). La responsabilità medica rimane tuttavia prioritaria nella gestione di situazioni clinicamente complesse. Si condivide l'opportunità di

una riduzione dell'impegno orario dello psichiatra da rimodulare in funzione della tipologia di pazienti ospitati nella comunità. Occorre invece rivalutare la presenza e l'organizzazione oraria relative al personale psicologico, infermieristico, educativo o tecnico-riabilitativo e socio sanitario nelle diverse SR. In questo senso si ritiene necessario garantire una maggiore flessibilità nella costruzione dell'organico dell'equipe curante, al fine di meglio adattare le figure professionali alla specificità del percorso di cura. Si ritiene opportuno venga stabilito uno standard gestionale medio a cui possono concorrere diverse figure professionali infermieristiche e psico-socio-educative e riabilitative, in grado di garantire una risposta flessibile ai bisogni di cura e riabilitazione del singolo paziente. Appare inoltre opportuno che gli standard organizzativi possano essere variati in modo proporzionale al numero di posti letto in modo da rendere sostenibile l'attività delle strutture con meno di 20 pl.

È necessario strutturare percorsi riabilitativi all'interno delle comunità riabilitative finalizzati e personalizzati ai bisogni specifici dell'utenza e attuati prevedendo interventi strutturati di qualità e efficacia, privilegiando buone pratiche riabilitative evidence based (Harvey et al 2023; Killaşpy et al 2023) senza trascurare la molteplicità di altre pratiche non (ancora) evidence based attualmente utilizzate nei servizi (Viganò C. et al 2023) che contribuiscono alla ricchezza dell'offerta riabilitativa, raccogliendo molte volte la convinta adesione di operatori ed esperti e la soddisfazione di utenti e familiari. La specificità degli interventi dovrebbe inoltre basarsi sul mix di programmi individuali e gruppali erogati rispondendo ai bisogni individuali (D. Semisa et al 2022)

(es. programmi di rimedio cognitivo, social skill training, psicoeducazione, attività di integrazione con il territorio e attività di rete, inserimento lavorativo) oltre che sulla tipologia di operatori.

Nell'ambito dell'evoluzione del sistema della residenzialità psichiatrica destano particolare interesse le Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi

socioriabilitativi (SRP₃) che dovranno rispondere alla necessità di assorbire la domanda assistenziale per tempi prolungati, come avviene per i programmi estensivi non più prorogabili e per le varie forme di residenzialità a bassa assistenza o leggera. Infatti un elemento critico nell'organizzazione attuale è dato dalla presenza di una rete di strutture residenziali per la salute mentale, appartenenti solo all'area sanitaria e dalla conseguente mancanza di strutture sociosanitarie dedicate. L'attuale rete di strutture psichiatriche sanitarie non risponde in modo appropriato ed efficiente ai crescenti bisogni assistenziali di alcuni pazienti di età avanzata o con gravi disabilità o scarse autonomie che insorgono prima dell'età prevista per l'ingresso in RSA (65 anni). Dall'altro, le strutture a carattere sanitario hanno limiti temporali precisi, che determinano allo scadere del termine stabilito, lo spostamento del paziente in una altra struttura indipendentemente dagli obiettivi raggiunti e dalla progressione del suo progetto di cura. La presenza di strutture sociosanitarie senza limiti di durata della degenza permetterebbe di porre rimedio a questa criticità, favorendo l'inserimento a lungo termine dei pazienti con prevalenti bisogni socioassistenziali in strutture dedicate. La creazione di questa nuova rete di strutture, specifiche per i disturbi mentali gravi con alti bisogni assistenziali, favorirebbe la maggiore appropriatezza clinica e libererebbe posti residenziali per i nuovi bisogni riabilitativi. Elemento fortemente critico nella realizzazione dei programmi di cura nelle strutture SRP₃ è rappresentato dalla compartecipazione alla spesa da parte del paziente (il 60% della tariffa secondo i LEA attuali). Per individuare forme di parziale compensazione e di sostegno sociale idonee, in armonia con la LR 23/2015 e in analogia con altre Regioni, o con altre categorie di utenti, si dovrebbe pensare a fondi o quote per l'integrazione sociosanitaria, anche derivanti da capitoli di bilancio differenti. I fondi "integrativi" di cui sopra potrebbero essere erogati attraverso progetti sperimentali, su base ISEE, da quantificare di anno in anno con la legge regionale di bilancio in ragione delle disponibilità.

In particolare, occorre a livello regionale riconoscere anche per l'area salute mentale e per i pazienti affetti da disturbi psichici, in analogia a quanto avviene per altre categorie di utenti (es. anziani o disabili), l'opportunità di fruire di contributi sociali che garantiscano i diritti di cittadinanza e l'erogazione di fondi sociali specifici "perequativi" (specie in ordine all'abitare) nelle situazioni di indigenza che rendono necessari contributi sociali da garantire in accordo con gli Enti territoriali quali Comuni e ATS. L'integrazione tra più Enti potrebbe trovare nuova linfa dall'applicazione in modo estensivo del Budget di Salute in grado di fornire risorse direttamente legate al progetto riabilitativo sulla persona. Una linea di indirizzo, questa, che potrebbe realmente coniugare diritto all'assistenza, appropriatezza organizzativa, effettivo contenimento della spesa e condivisibilità da parte degli stakeholders, e su cui potrebbero convergere competenze di diversi assessorati. Infine da valutare la possibilità che, superati i limiti temporali e terminato il percorso riabilitativo, la permanenza del paziente nelle strutture residenziali possa prevedere, in presenza di programmi prevalentemente assistenziali, la compartecipazione alla spesa così come previsto dai LEA attuali.

È auspicabile una maggiore e più efficace connessione del sistema residenziale sia a livello intradipartimentale (tra sistema ospedaliero e territoriale) interdipartimentale e a livello extradipartimentale con il resto della filiera dei servizi sociali e sociosanitari, oltre ovviamente che con la società civile, le reti formali e informali dei territori, ecc.

Potrebbe essere utile a riguardo lo sviluppo di linee guida per aiutare chi opera nei servizi territoriali a designare la struttura più adatta, soppesando il bisogno di interventi specifici e le offerte sul territorio.

Accanto alla revisione delle strutture residenziali si ritiene indispensabile avviare una riforma complessiva del sistema incentrata sull'attività territoriale, di cui la strutturazione del budget di salute è un elemento importante per la finalizzazione dei percorsi successivi alla residenzialità strutturata

Occorre valorizzare le sperimentazioni presenti sul territorio lombardo e consentire di aprirsi alla conoscenza e alla sperimentazione di modelli e servizi altrove sperimentati, come suggerito nelle raccomandazioni ISTISAN (Housing First, case per la recovery, affido eterofamiliare ecc.)

Il miglioramento dell'organizzazione e l'aumento delle responsabilità di un team multidisciplinare nel DSM, descritto nelle proposte di questo documento, dedicato alle strutture residenziali, possono facilitare un percorso di cura più efficace e progressivo. Un approccio organizzativo, supportato dal tavolo di lavoro e dallo psichiatra incaricato, favorirebbe una maggiore efficienza e cooperazione, migliorando la qualità delle cure e rendendo il percorso di assistenza più personalizzato e progressivo per ciascun paziente.

In tal senso, oltre a intervenire sull'area della residenzialità, occorre allo stesso tempo avviare la discussione su nuovi requisiti per i servizi di salute mentale che comprendano anche una revisione delle attività dei CPS. Infatti, oltre che con la semiresidenzialità, il collegamento soprattutto con l'intervento territoriale ci sembra fondamentale e apre al grande tema, ormai maturo, dell'accreditamento delle attività dei CPS con i relativi requisiti strutturali e organizzativi, indicando obiettivi di riforma e riqualificazione rispetto alla situazione attuale.

In questa prospettiva, nell'ambito di una revisione del sistema di salute mentale, vi sono tematiche emergenti che dovrebbero essere affrontate identificando modalità innovative di offerta, anche sulla base delle tante esperienze consolidate già in atto in diversi Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze: i) l'intervento dedicato alla fascia giovanile (15-24 anni); ii) l'area della comorbidità con abuso di sostanze; iii) il trattamento dei disturbi di personalità; v) la riabilitazione e il paziente autore di reato con misure di sicurezza; Auspicabile inoltre un percorso formativo ad hoc, che identificando alcune figure chiave dei servizi territoriali, strutturi un gruppo di lavoro dedicato a seguire i percorsi di dimissioni dalle strutture residenziali.

PROPOSTE E IPOTESI PROGETTUALI

Prima di esporre la proposta di offerta residenziale articolata al fine di rispondere alle richieste territoriali supportando l'attività clinica di CPS e SPDC e ottimizzando l'appropriatezza del percorso riabilitativo, appare utile introdurre una proposta nuova di questa edizione 2025 che si pone trasversalmente ai modelli operativi: l'istituzione di un Tavolo di lavoro sulla Residenzialità intra-dipartimentale.

Al fine di migliorare l'organizzazione e la gestione dei casi complessi, facilitare un percorso di cura più efficace e progressivo, si propone l'istituzione di tavolo di lavoro sulla residenzialità attivo nel Dipartimento di Salute Mentale (DSM), composto da un team multidisciplinare (medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali e tecnici della riabilitazione) coordinato da uno psichiatra del DSM con esperienza consolidata, team che funzionerebbe da supervisione e gestione dei casi complessi.

Il Tavolo di lavoro del DSM lavorerebbe in maniera integrata e coordinata con i servizi del DSM per:

- I. Migliorare la comunicazione tra professionisti e tra servizi;
- II. Assicurare una presa in carico globale e personalizzata del paziente e identificazione della struttura idonea (residenziale? Semiresidenziale?);
- III. Pianificare interventi progressivi e garantire continuità assistenziale,
- IV. Garantire il monitoraggio dei progressi dei pazienti e adattare il percorso terapeutico in tempo reale.

Inoltre, il coordinamento dovrebbe prevedere riunioni periodiche con tutti i rappresentanti delle strutture territoriali, residenziali e semiresidenziali del DSM, incluse quelle convenzionate. Questi incontri regolari avranno lo scopo di:

- Mappare le strutture residenziali per monitorarne distribuzione e funzionamento,
- Stabilire una linea di lavoro condivisa per garantire coerenza e continuità di cura,
- Promuovere la specializzazione delle strutture in diversi ambiti terapeutici,

– Favorire la collaborazione tra strutture, facilitando lo scambio di buone pratiche e la condivisione di risorse. Anche sulla base di quanto sopra, appare necessario e coerente, rispetto all'insieme delle criticità (e al futuro piano salute mentale), istituire un tavolo rappresentativo dei responsabili gestionali della salute mentale, pubblici e privati, dei rappresentanti dei familiari e degli utenti cui attribuire una funzione privilegiata in ordine all'analisi dei dati epidemiologici sull'uso delle risorse e sull'efficacia degli interventi e alla presentazione di specifici provvedimenti sul tema della salute mentale nonché all'elaborazione di proposte in merito alla futura evoluzione del Piano Regionale.

Di seguito riprendiamo alcuni modelli operativi in grado di supportare la nuova residenzialità psichiatrica lombarda.

1. Percorsi riabilitativi residenziali per pazienti affetti da disturbo di personalità, con doppia diagnosi, autori di reato, disturbi del comportamento alimentare, aree di confine quale disabilità intellettiva in comorbidità psichiatrica (SRP1 e SRP2).

Il nuovo modello di residenzialità psichiatrica deve tener conto della mancata rispondenza di quello attuale alle mutate esigenze del sistema: da una parte si osservano cambiamenti epidemiologici nella psichiatria dei DSMD con la riduzione del numero di pazienti affetti da schizofrenia che necessitano di interventi residenziali vs l'emergere di bisogni riabilitativi nei pazienti con disturbo di personalità, disturbi del comportamento alimentare, dipendenze ecc; dall'altra dall'emergere in modo sempre più consistente di aree di fragilità escluse a priori dall'attuale modello riabilitativo residenziale e ricomprese invece in quello nuovo dipartimentale (area della doppia diagnosi, della neuropsichiatria infantile e della disabilità, della psicogeriatrica solo per citare alcuni esempi). L'articolazione dei nuovi servizi di residenzialità riabilitativa psichiatrica deve necessariamente tenere conto di queste modifiche clinico epidemiologiche attraverso una

maggiore flessibilità. In particolare si ritiene necessario il superamento dei rigidi criteri della presenza di infermieri, oss, tecnici della riabilitazione e psicologi così come previsto dalla DGR 4221/07 a favore di mix differenziati di figure professionali che permetta di costruire programmi di cura e riabilitazione specialistiche. Si ritiene opportuno venga stabilito uno standard gestionale medio delle figure non mediche a cui possono concorrere diverse figure professionali (psicologi, infermieri educatori e tecnici della riabilitazione psichiatrica), in grado di garantire una risposta flessibile ai bisogni di cura e riabilitazione del singolo paziente come descritto nel PTR.

Nell'ottica di favorire flessibilità, idoneità e appropriatezza dei percorsi di cura basati su bisogni specifici dei pazienti, sarebbe utile indicare nel Piano Regionale **interventi riabilitativi e terapeutici evidence based o fortemente consigliati**. Questo favorirebbe la messa in campo di percorsi formativi specifici per tutti gli operatori delle residenzialità, l'attuazione di strategie relazionali più efficaci e interventi riabilitativi e terapeutici differenziati. In tema di riabilitazione psicosociale, stanno emergendo molte evidenze scientifiche (ad esempio vedi la recente pubblicazione della Consensus della Società di Riabilitazione Psicosociale (SIRP): **Raccomandazioni di buone pratiche in Riabilitazione Psicosociale per adulti** (Semisa et al 2022). Nella redazione delle Raccomandazioni, il gruppo di lavoro della SIRP ha tenuto in considerazione: a) la rilevanza scientifica dell'outcome, considerando il recovery funzionale quale esito principale, e funzionamento personale e sociale come sua misura più prossima; b) la forza dei risultati delle prove, sia in termini di dimensione del miglioramento, che di correlazione statistica tra esposizione all'intervento e esito atteso; c) l'applicabilità del protocollo di intervento nei servizi di salute mentale italiana (feasibility) con esperienze pregresse sul territorio; d) la reperibilità della manualistica in lingua italiana, e non ultimo la disponibilità di risorse necessarie per l'implementazione. Infine le evidenze emergenti circa l'erogazione di interventi di riabilitazione psicosociale

in tele-riabilitazione, ossia per mezzo di computer e connessione alla rete o tecnologie di telecomunicazione. Le Raccomandazioni identificano 13 interventi riabilitativi che hanno diversi livelli di raccomandazione nei maggiori disturbi psichiatrici, in primis la psicoeducazione sia per pazienti che familiare, tecniche di Rimedio Cognitivo, Social Cognition Training, Training Metacognitivo, Social Skills Training, Illness Self Management, Riabilitazione lavorativa (Supported employment), Attività fisica e/o attività sportiva, Tecniche espressive (Artiterapie), il supporto tra pari, la recovery e infine l'intervento integrato precoce che appare raccomandato agli esordi nei disturbi maggiori. Interventi che sarebbe auspicabile possano rappresentare gli strumenti terapeutici di elezione per il rimedio di aree disfunzionali specifiche o da applicare a gruppi omogenei di pazienti.

Per quanto riguarda la presenza del medico psichiatra nella residenzialità si ritiene invece necessario rimodularne la presenza pur assicurandola quotidianamente a garanzia dell'appropriatezza dell'intervento e per ragioni medico legali. Si rende inoltre necessario poter modulare con maggiore flessibilità gli standard organizzativi in modo da parametrarli in funzione del numero di posti letto al fine di rendere sostenibile l'attività delle strutture con meno di 20 pl.

2. Gestione residenziale a lungo termine dei pazienti affetti da gravi disturbi mentali con ridotta autonomia ed alto bisogno di assistenza (SRP3.1).

Un modello rivolto a soggetti che necessitano di un ambito gestionale protetto a lungo termine in quanto non più in grado di vivere in modo autonomo: sono pazienti spesso privi di una rete sociale o familiare di sostegno, con bisogni riabilitativi modesti (mantenimento delle abilità residue e risocializzazione).

La risposta potrebbe arrivare dall'avvio di gruppi appartamento o di comunità riabilitative estensive (SRP3) in grado di garantire un forte supporto alle autonomie personali con un basso livello di interventi riabilitativi,

fortemente integrate nel tessuto sociale a costi più bassi delle attuali CP. Il progetto innovativo deve essere in grado di garantire un adeguato livello di supporto, utilizzando appartamenti situati in contesti abitativi, usufruendo dei servizi sanitari territoriali, delle reti sociali e del volontariato, in un'ottica integrata ospedale territorio. Tale progetto potrebbe partecipare alla sperimentazione sul budget di cura come parte della presa in carico complessiva della cronicità. I nuclei appartamenti ospiteranno pazienti clinicamente stabilizzati con prevalenti bisogni nell'area di supporto alle autonomie e della riabilitazione di mantenimento, piuttosto che in quella terapeutica specifica della patologia. Gli interventi riabilitativi erogati saranno a bassa intensità, come da Piano Individualizzato (PI) elaborato in funzione del PTI del paziente. Occorrerà poi prevedere revisioni frequenti dei Progetti Terapeutico – Riabilitativi dei pazienti inseriti nelle diverse articolazioni delle SRP3 onde evitare il rischio di saturazione in breve tempo dei posti disponibili pur tenendo conto che tali servizi hanno comunque prevalente carattere estensivo nel tempo. La criticità maggiore nell'avvio di questi progetti è la compartecipazione alla spesa da parte del paziente così già come discusso precedentemente.

3. Comunità dedicate a pazienti afferenti all'area dell'età avanzata e integrazione sistema sanitario-sociosanitario, assistenza sul territorio.

L'individuazione, il trattamento estensivo e più in generale la gestione dei disturbi mentali caratterizzati da ridotti bisogni riabilitativi e necessità clinico assistenziali importanti in soggetti di età avanzata o anziani con sintomi psichiatrici ancora floridi, rappresentano un problema rilevante per il Sistema Sanitario Regionale, come certificato dalle numerose richieste in rapida crescita. Sono pazienti divenuti ormai difficilmente gestibili al domicilio ove il disturbo psichiatrico e le patologie internistiche associate determinano un elevato grado di sofferenza anche per le famiglie e per i caregivers coinvolti, configurandosi come un vero

e proprio problema sociale con elevatissimi costi – diretti ed indiretti – di assistenza. Nella realtà socio-sanitaria della Regione Lombardia, la rete delle strutture operanti nell'area della tutela della salute mentale dei soggetti di età avanzata e anziana o affetti da patologie psico-organiche è costituita da un complesso pubblico/privato rappresentato in modo assai disomogeneo nei diversi territori, in cui i percorsi clinico/assistenziali sono spesso rigidi e talora poco integrati. La risposta ai bisogni di questi pazienti necessita di differenti percorsi in relazione alla prevalenza del disturbo psichiatrico o delle comorbidità organiche.

Una risposta potrebbe derivare dall'inserimento di posti letto specificatamente dedicati in RSA per soggetti anziani con comorbidità psichiatrica e sintomi residuali (comunità psichiatrica in RSA)

Nell'ottica dell'integrazione tra strutture sanitarie e socio sanitarie le Residenze Sanitarie Assistite appaiono le strutture più indicate. Tuttavia le stesse risultano spesso inaccessibili ai soggetti portatori di disturbi psichici o comportamentali, vuoi per l'inadeguatezza dell'assistenza offerta, vuoi per l'esclusione di queste patologie dai protocolli di intervento previsti dalle strutture stesse. Inoltre la compartecipazione alla spesa da parte del cittadino è un altro elemento fortemente critico trattandosi di soggetti in cui il percorso di cura e riabilitazione è stato sempre garantito in toto dal SSR ed il semplice superamento della soglia di età (65 anni) non risolve le difficoltà economiche e sociali di una fascia di utenza da sempre esclusa dal processo produttivo

Per superare queste problematiche si propone l'avvio di progetti sperimentali nelle RSA della Regione identificando posti letto specifici per pazienti anziani con comorbidità psichiatrica caratterizzata da sintomi ancora presenti e bisogni riabilitativi limitati. Il percorso clinico dovrà essere garantito dal PAI e prevedrà la consulenza del medico psichiatra presente almeno 5 ore la settimana. La retta dovrà essere a carico del SSR. Si otterrebbe così una maggiore appropriatezza del ricovero ed un risparmio complessivo di risorse visto la retta più bassa rispetto alle strutture residenziali riabilitative.

Da valutare anche la possibilità di nuclei psicogeriatrici nei posti diurni delle RSA in grado di supportare il paziente e la sua rete familiare nel caso di soggetti anziani con parziale autonomia e un bisogno di supporto specifico per la parte "residuale" della patologia psichiatrica.

4. Percorsi residenziali a breve/medio termine per pazienti in fase subacuta ricoverati in SPDC in attesa di percorso socio sanitario

Tra i pazienti ricoverati presso gli SPDC, un numero limitato presenta caratteristiche cliniche e sociali peculiari, caratterizzate principalmente dalla necessità di stabilizzazione e dalla mancanza di supporti familiari. A causa dell'impossibilità a reperire in tempi rapidi strutture idonee a carattere socio sanitario, gli stessi permangono a lungo in SPDC. Si tratta di pazienti per i quali non è possibile l'immediato rientro al domicilio terminata l'acuzie in SPDC e che non corrispondono alle caratteristiche previste per un ricovero in post-acute presso le CRA. Tra questi vi sono soggetti anziani con decadimento cognitivo ed anomalie comportamentali che hanno reso necessario il ricovero temporaneo in SPDC in attesa della riformulazione di un progetto assistenziale, soggetti con disabilità che vadano incontro alla necessità di ricovero per anomalie comportamentali o difficoltà di gestione in famiglia, in attesa di reperimento di una più idonea collocazione.

In questi casi si renderebbe necessario il reperimento di un posto residenziale in grado di garantire le idonee cure e l'avvio di un assessment finalizzato all'individuazione del percorso assistenziale appropriato. Si ritiene pertanto necessario riprendere alcune esperienze svolte di un percorso residenziale valutativo post ricovero da effettuarsi utilizzando un numero limitato di posti in SRP2 per tempi definiti (max 3 mesi). L'obiettivo del ricovero è rappresentato dalla messa in atto di una procedura valutativa per la definizione del percorso post ricovero per i pazienti che necessitano di interventi a maggiore connotazione assistenziale.

5. Percorso riabilitativo residenziale per pazienti affetti da disturbi psichiatrici nelle fasi di transizione tra minore e maggiore età.

L'avvenuta integrazione all'interno del DSMD di tutte le aree che si occupano del disagio mentale nelle diverse fasi della vita, vuole superare la netta divisione tra servizi dell'adulto e del minore. Purtroppo l'emergenza relativa all'aumento importante della richiesta e alla carenza di posti letto in NPJA vede l'improprio utilizzo di posti letto dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura per il trattamento in fase acuta dei soggetti minorenni affetti da disturbi psichiatrici gravi. Per l'area della residenzialità è critica la fase di passaggio dalle comunità per minori (oggetto di recente revisione Regione L DGR XI /7752 2022 Regione Lombardia) nel passaggio alla maggiore età. La DGR specifica criteri di ammissione, tempi di degenza e dimissione ma è fondamentale l'attenzione alla continuità di cura nei pazienti con disturbi long life o che non hanno terminato il progetto terapeutico residenziale.

Il progetto terapeutico deve essere in continuità per i pazienti giovani e va quindi finalizzato in alcune aree alla messa in atto di interventi ad hoc caratterizzati da forte specializzazione nell'ambito del trattamento degli esordi psicotici o degli interventi sui gravi disturbi di personalità o dei Disturbi dell'alimentazione e della nutrizione (DNA), a forte connotazione di integrazione con il territorio e con la rete sociale di supporto (famiglia, istruzione scolastica). Si prevede la creazione di equipe multidisciplinari in cui sia garantita la presenza del neuropsichiatra infantile oltre allo psichiatra nella comunità terapeutica minori per l'integrazione e anche delle altre figure psico socio educative e psicologiche in continuità funzionale e strutturale con Comunità riabilitative dell'adulto con cui condividere gli interventi. Si rimanda al tavolo specifico sulla fase di transizione minori.

6. Monitoraggio dei programmi riabilitativi.

Utile implementare il monitoraggio della qualità dei percorsi terapeutico-riabilitativi della residenzialità at-

traverso l'utilizzo di strumenti di misurazione.

Rispetto gli strumenti da utilizzare, è necessario porre attenzione all'implementazione della mission riabilitativa delle SR tramite l'Introduzione di strumenti «potenzianti» gli aspetti riabilitativi (ad esempio adozione di PTRI secondo le ultime indicazioni diffuse dalla società Italiana di Riabilitazione Psicosociali ed il monitoraggio/misurazione degli esiti e del processo attraverso l'utilizzo di scale su salute/disabilità, gravità, recovery, qualità percepita da parte dell'utente).

Si propone un gruppo di lavoro specifico che approfondisca il tema relativo a quali strumenti di valutazione affiancare all'elaborazione del progetto terapeutico riabilitativo e alle modalità di monitoraggio del programma e alla valutazione dell'esito.

Tali strumenti dovranno essere parte costituenti della documentazione sanitaria del paziente.

7. Telemedicina in ambito psichiatrico a supporto delle SRP3.2 e SRP3.3.

I crescenti interessi ed operatività in questo ambito sono fra i modelli di intervento di maggior interesse. L'applicazione della telemedicina in ambito psichiatrico, proprio per la natura di tale operatività e le caratteristiche dei bisogni degli utenti con disagio psichico, appare fra le più appropriate ed efficaci nelle diverse branche della medicina. L'ambito applicativo può declinarsi sia come sinergia nell'attività clinica/riabilitativa (colloqui e interventi riabilitativi condotti in remoto, con attenzione specifica alla popolazione giovanile), nonché come sorveglianza e monitoraggio delle attività quotidiane e delle situazioni critiche sempre in ambito domiciliare (si pensi all'estremo interesse per esempio nella progettualità della Residenzialità leggera o nella domiciliarità assistita, in particolare per la popolazione di passaggio verso la fragilità geriatrica).

8. Formazione

La messa in atto di questo approccio innovativo e l'implementazione dell'uso di interventi EBM necessitano

di un forte investimento in **formazione continua** alla riabilitazione e agli interventi EBM già citati nelle diverse tipologie di pazienti, come ad esempio interventi recovery oriented, interventi per disturbi di personalità.

L'aspetto formativo degli operatori va dunque considerato prioritario poiché favorirebbe oltre alla messa in atto di percorsi di cura specifici, l'assunzione di responsabilità clinica del case manager delle residenzialità.

BIBLIOGRAFIA

1. Giobbio G.M., Viganò C. Vavassori G., Saffiotti C. *Ipotesi di evoluzione del sistema residenziale Psichiatrico lombardo* in Position paper della SIPLO sulle sfide della psichiatria nel nuovo millennio. *Psichiatria Oggi* anno XXXIII, n2 luglio 2020, pp 87-95;
2. Harvey C., Zirnsak T-M., Brasier C., Ennals P., Fletcher J., Hamilton B., Killaspy H., McKenzie P., Kennedy H. and Brophy L. (2023) *Community-based models of care facilitating the recovery of people living with persistent and complex mental health needs: a systematic review and narrative synthesis*. *Front. Psychiatry* 14:1259944 doi: 10.3389/fpsyt.2023.1259944);
3. Killaspy H. and Dalton-Locke C. (2023) *The growing evidence for mental health rehabilitation services and directions for future research*. *Front. Psychiatry* 14:1303073, doi: 10.3389/fpsyt.2023.1303073);
4. Semisa D. , Bellomo A., Nigro P., Merlin S., Mucci A. (a cura di) *Raccomandazioni di buone pratiche in riabilitazione psicosociale per adulti* Eds Giovanni Fioriti, Roma, 2022, ISBN 978-88-3625-067-7);
5. Viganò C., Ariu C., Barbieri D., Goffredi A., Ferrara L., Rea F., Barlati S., Vita A. and SIRP Survey Group (2023) *Psychiatric rehabilitation patterns in Italy: Results from the Italian Society of Psychosocial Rehabilitation (SIRP) survey* *Front. Psychiatry* 14:1130811.doi: 10.3389/fpsyt.2023.1130811)

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

