



# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

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







# Johnson & Johnson

Johnson & Johnson apre la strada verso la medicina del futuro. I pazienti ispirano le nostre innovazioni scientifiche, che continuano a progredire e a salvare vite. Ascoltando la voce dei pazienti e applicando i principi della scienza, affrontiamo con fiducia alcune delle malattie più complesse del nostro tempo e sviluppiamo i potenziali farmaci del futuro.

[jnj.com](https://www.jnj.com)

**Johnson&Johnson**



# SOMMARIO

Anno XXXVIII • n. 2 • luglio-dicembre

## PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

Fondata da:  
Alberto Giannelli

Diretta da:  
Giancarlo Cerveri (Lodi)

Comitato di Direzione:  
Bernardo Dell'Oso (Milano FBF Sacco)  
Giovanni Migliarese (Vigevano)

Comitato Scientifico:  
Antonio Amatulli (Vimercate)  
Luisa Arosio (Voghera)  
Emi Bondi (Bergamo)  
Camilla Callegari (Varese)  
Carlo Fraticelli (Como)  
Massimo Clerici (Monza)  
Federico Durbano (Melzo)  
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)  
Gianmarco Giobbio (San Colombano)  
Antonio Magnani (Mantova)  
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)  
Carla Morganti (Milano Niguarda)  
Laura Novel (Bergamo)  
Mauro Percudani (Milano Niguarda)  
Massimo Rabboni (Bergamo)  
Matteo Rocchetti (Pavia)  
Pierluigi Politi (Pavia)  
Virginio Salvi (Crema)  
Gianluigi Tomaselli (Treviglio)  
Marco Toscano (Garbagnate)  
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)  
Simone Vender (Varese)  
Antonio Vita (Brescia)

Segreteria di Direzione:  
Silvia Paletta (ASST Lodi)  
Matteo Porcellana (ASST GOM Niguarda)  
Davide La Tegola (ASST Monza)

Art Director:  
Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente  
le opinioni degli autori

### COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a [info@psichiatriaoggi.it](mailto:info@psichiatriaoggi.it).

### EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale  
dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS,  
1 - 24127 Bergamo  
Tel. 035 26.63.66 - [info@psichiatriaoggi.it](mailto:info@psichiatriaoggi.it)  
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88  
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

### IN PRIMO PIANO

- 4 Quando lo psichiatra rifugge l'Agorà  
viene meno al suo dovere?  
di Cerveri G.

### SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

- 14 Budget di Salute - L'esperienza del  
DSMD di Franciacorta  
di Materzanini A.
- 21 La prima esperienza di co-programmazione  
dei servizi di Salute Mentale in ATS  
Città Metropolitana di Milano  
di Ferrari R., Arcidiacono E., Cauli G.,  
Fornoni C., Mancin R., Salari B.,  
Tosoni F. e Rolli F.
- 31 Progetto "Atrieu": un modello integrato  
per la gestione delle acuzie psichiatriche  
in età evolutiva presso l'Azienda Socio  
Sanitaria Territoriale Melegnano e  
Martesana  
di Di Fauci F., Zordan F., Gariboldi C.,  
Masseroni V., Montrasio C., Durbano F.  
e Gruppo Lavoro "Atrieu"
- 43 Metodo Snoezelen e stimolazione basale:  
un approccio innovativo nella gestione di  
pazienti neuropsichiatrici presso l'ASST  
Melegnano Martesana  
di Di Zordan F., Archetti S., Migliore V.,  
Uselli C., Cazzaniga V., Peschetola A.,  
Bagnaschi E., Buson N., Buonocore M.,  
Montrasio C., Giuliani E. e Durbano F.
- 57 La riabilitazione nella cura: psichiatria  
di consultazione e servizio di recupero e  
rieducazione funzionale  
di Berto E., Manzone M.L., Marchetti M.,  
Del Romano E., Gazzani L. e Tonetti G.
- 64 Il tempo della psichiatria, il tempo della  
psicoanalisi  
di Di Lello C.
- 75 Oltre la crisi: un anno e mezzo di  
psicoeducazione in SPDC. Riflessioni su  
un'esperienza pilota  
di Dordoni A., Calento A., Paletta S.M.  
e Cerveri G.
- 80 Intervento di prevenzione del disagio  
giovanile nelle Scuole Secondarie  
Superiori del territorio del DSMD ASST  
Melegnano e Martesana  
di Sasso E., Carnevali S., Distefano A.,  
Giombelli A. F., Racioppi L., Giuliani E.  
O. e Durbano F.

- 90 Promozione delle Life Skills e  
prevenzione del disagio psichico negli  
adolescenti: un modello psico-educativo  
scolastico  
di Soffientini M., Parinisi L., Malgrati E.  
e Toscano M.

### CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

- 97 CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.  
SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE  
INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE  
L'infermiere musicoterapeuta sul  
territorio per la salute mentale  
di Capra G.
- 102 CONTRIBUTO AITERP  
ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA  
RIABILITAZIONE PSICHIATRICA  
AITeRP: una responsabilità  
tecnico-scientifica condivisa  
Intervista al presidente neo eletto come  
dialogo aperto, con chi scrive e con chi legge  
di Rossi L., Fossati E. e Scagliarini V.

### PSICHIATRIA NARRATIVA

- 108 Disperazione  
Un caso di cronaca  
di Grasso F.

### PSICHIATRIA FORENSE

- 111 Che piccola storia ignobile mi tocca  
raccontare  
di Marasco M.
- 115 La fine della vita e le persone con  
disturbo mentale: si può togliere la  
parola?  
di Amatulli A.

- 124 Un saluto ad Alberto Giannelli  
Fondatore della rivista Psichiatria Oggi  
di Mencacci C.

IN COPERTINA: Adolfo Wildt, Parsifal (Il puro folle), 1930  
Foto: © Paolobon140, CC BY-SA 4.0

Gli Operatori interessati a ricevere  
comunicazioni sulla pubblicazione  
del nuovo numero della rivista

## PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter  
attraverso il sito:  
[www.psichiatriaoggi.it](http://www.psichiatriaoggi.it)



# La prima esperienza di co-programmazione dei servizi di Salute Mentale in ATS Città Metropolitana di Milano

*Ferrari R. \*, Arcidiacono E. \*, Cauli G. \*, Fornoni C. \*, Mancin R. \*, Salari B. \*, Tosoni F. \*, Rolli F. \**

## ABSTRACT

Il presente lavoro intende descrivere il processo di co-programmazione dell'area della Salute Mentale e Dipendenze che ha visto l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) Città Metropolitana di Milano impegnata nel ruolo di proponente e conduttore.

Il processo, promosso e avviato accogliendo le istanze del mondo del Terzo Settore attraverso la Campagna per la Salute Mentale, avviatosi nel marzo 2025 e concluso formalmente a giugno 2025, ha visto la partecipazione di una importante parte pubblica (descritta nel dettaglio nel testo) assieme ai rappresentanti degli Enti del Terzo Settore (ETS) che lavorano nell'ambito della salute mentale e che hanno risposto alla Manifestazione di Interesse indetta da ATS.

Di seguito vengono descritte la ratio sottostante l'avvio del percorso, l'impostazione organizzativa, la metodologia utilizzata nel dispiegarsi degli incontri ed infine la sintesi delle riflessioni emerse in ogni tavolo, riflessioni che nel rispetto delle peculiarità territoriali risultano avere degli importati temi ricorrenti e comuni.

## PREMESSA

Con la Delibera della Giunta Regionale (DGR) 3824 di Regione Lombardia del 27 gennaio 2025 "Approvazione delle Linee di indirizzo per la co programmazione (...) nell'area salute mentale", sono state emanate le indicazioni finalizzate alla realizzazione del primo percorso di co-programmazione nell'area della Salute Mentale,

affidandone la regia a livello territoriale alle ATS. La scelta di intraprendere questo percorso è motivata anche dalle istanze portate all'attenzione della Direzione Generale Welfare da parte di alcuni soggetti degli Enti del Terzo Settore (ETS) attraverso il percorso della Campagna della Salute Mentale.

Il processo di co-programmazione è una modalità di relazione tra la Pubblica Amministrazione e il Terzo Settore, ispirata al principio di collaborazione e non subalternità, che può generare arricchimento ed una più completa lettura dei bisogni, oltre a facilitare la creazione di un clima di fiducia. La co-programmazione e la co-progettazione sono disciplinate dagli artt. 55-57, D.L. 117/2017 "Codice del Terzo Settore" e dal Decreto Ministeriale 72 del 2021, che regolamentano lo svolgimento di procedure per l'amministrazione condivisa con gli ETS nei processi di programmazione e organizzazione territoriale, con l'obiettivo di individuare bisogni, interventi a tal fine necessari, modalità di realizzazione e risorse disponibili.

"La co-programmazione, che sia promossa dalla Pubblica Amministrazione o avviata su istanza di parte di uno o più ETS, è nevralgica e centrale perché riguarda, prima che entri in gioco la negoziazione di risorse economiche (...), il momento in cui Pubblica Amministrazione ed Enti di Terzo Settore sono chiamati a compiere alcuni passaggi fondamentali per rivelare da dove quel processo di amministrazione condivisa proviene e dove può condurre" (Pezzana, 2023).

Declinato secondo la DGR 3824/2025, gli obiettivi della co-programmazione nel campo della salute mentale, riportati nell'Allegato A del testo, sono i seguenti: 1) raggiungimento di una puntuale conoscenza dei bisogni, dei servizi e delle opportunità rivolte alle persone e relative famiglie in condizione di fragilità mentale, mappando interventi e principali stakeholders; 2) focalizzare gli obiettivi e le priorità volti alla promozione di processi di cambiamento attraverso l'introduzione di modelli innovativi, flessibili e integrati pubblico e privato; 3) favorire l'individuazione di interventi innovativi che possano con-

correre al raggiungimento degli obiettivi; 4) individuare modalità attuabili di ricomposizione delle risorse pubbliche e private; 5) strutturare momenti stabili di confronto tra tutti i soggetti presenti a livello territoriale.

Obiettivo di questo lavoro è descrivere e dare evidenza del processo di co-programmazione a cui ATS Città Metropolitana di Milano ha dato avvio e che ha monitorato nel periodo tra aprile e giugno 2025, dando seguito alla DGR 3824/2025.

## METODO DI LAVORO

In coerenza con lo spirito dell'amministrazione condivisa, il metodo di lavoro scelto ha visto la definizione di tutti i passaggi che potessero condurre ad un'analisi chiara e partecipata delle condizioni del sistema di Salute Mentale e Dipendenze sul quale intervenire.

In una prima fase sono stati elaborati tutti i dati utili alla definizione dei contenuti da trattare, e presentati in sede di Organismo di Coordinamento della Salute Mentale e Dipendenze (OCSMD) congiuntamente all'Organismo

Tabella 1

### SINTESI ISTANZE EMERSE IN OCSMD, OCNPIAD E CABINA DI REGIA

Valutazione Multidimensionale del Bisogno (VDM) integrata tra le ASST e Comune di residenza, in occasione di richieste di inserimento in strutture extraregionali per casi multiproblematici, valutando la disponibilità nella rete regionale di posti appropriati alle esigenze della persona.

Domiciliarità (Potenziamento «CDOM» e Dimissioni Protette da SPDC)

Presa in carico della cronicità anche in salute mentale

Inclusione, Sensibilizzazione della comunità in ambito della salute mentale

Disagio giovanile

Prevenzione allontanamento familiare, minori in carico alle UONPIA

Domiciliarità: Casa come primo luogo di cura

Supporto consulenziale anche in telemedicina da parte dei Dipartimenti di salute mentale e dipendenze in relazione alle persone con disturbi del comportamento in carico alla rete residenziale sociosanitaria per utenti con problemi comportamentali.

Protocolli specifici per RSA e RSD

Percorso per il potenziamento della capacità della rete regionale delle residenzialità di rispondere ai bisogni dell'utenza anziana/disabile che presenta particolare complessità (es. disturbi comportamentali/difficoltà nell'alimentazione) riconoscendo attraverso opportuni interventi tariffari il maggiore impegno assistenziale alla casistica in questione.

### SINTESI ISTANZE PRESENTATE NEL DOCUMENTO DELLA CAMPAGNA SALUTE MENTALE

Investire nella prevenzione primaria: Disagio giovanile

Presa incarico, inclusione, domiciliarità (budget di salute)

Valorizzazione dell'ESP

Incremento della presenza di «servizi leggeri» (domiciliari, lavorativi, abitativi, di reinserimento nel tessuto sociale) messi in rete e flessibili. Fare cose «semplici» per la salute mentale. ma che durino nel tempo (presa in carico domiciliarità ed inclusione)

Tabella 2

STRUMENTI		STRUMENTI
Budget di salute	<b>CONTINUITÀ</b>	Formazione congiunta
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Prevenzione rivolta ai minori e ai giovani garantendo il legame con il contesto comunitario</li> <li>– Transizione età e servizi</li> <li>– Promozione di forme di empowerment della comunità</li> </ul>	
	<b>DOMICILIARITÀ</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Accompagnamento all'abitare nella casa e nella comunità per perseguire la recovery</li> <li>– Coinvolgimento dell'ESP, dell'associazionismo familiare e delle reti naturali</li> <li>– Promozione di forme di empowerment della comunità</li> </ul>	

di Coordinamento della Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza e Dipendenze (OCNPIAD) in data 8 aprile ed in sede di Cabina di Regia ATS il 9 aprile 2025. Tali dati di analisi epidemiologica presentati, relativi alla popolazione assistita in Salute Mentale e Dipendenze e alla spesa sostenuta, sono disponibili nel Documento di Sintesi "Esito della co-programmazione in Salute Mentale" prodotto da ATS Milano e deliberato nel luglio 2025.

In seguito al confronto scaturito in queste tre sedi, ATS Milano ha elaborato un quadro sinottico (Tavola 1) delle istanze emerse dagli organi sopracitati, istanze che trovano coerenza con le richieste rappresentate attraverso la Piattaforma della Campagna per la Salute Mentale, anch'esse presenti in *tabella 1*.

A partire da questo elenco è stata effettuata un'analisi di cluster qualitativo, da cui sono derivate due macroaree concettuali: "Domiciliarità" e "Continuità" delle cure (*Tabella 2*).

Il semilavorato esitato da questo primo lavoro con gli Organismi di Coordinamento e la Cabina di Regia ATS ha costituito la base per la chiamata degli ETS tramite l'Avviso di manifestazione di interesse ad evidenza pubblica, ed è stato anche la base per il lavoro di co-programmazione.

All'Avviso hanno risposto 49 ETS, a cui è stato chiesto di esprimere una preferenza per l'area territoriale su cui lavorare, tra Area Milano (corrispondente al Comune di

Milano), Area Ovest (corrispondente alle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali- ASST Ovest Milanese, Rhodense e Nord Milano) e Area Est (corrispondente alle ASST Melegnano Martesana e ASST Lodi).

## IL PERCORSO DI CO-PROGRAMMAZIONE

Il percorso di co-programmazione si è svolto in tre incontri, organizzati tra maggio e giugno, organizzati in modo che i tre tavoli relativi alle aree territoriali già identificate nell'Avviso potessero lavorare parallelamente.

Oltre agli Enti del Terzo Settore, ad ogni tavolo ha partecipato una componente di parte pubblica costituita da:

- ATS Dipartimento PIPSS
- ATS Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria (SC Servizio Regionale Supporto Piani e Programmi di promozione della Salute)
- Dipartimento Cure Primarie delle ASST
- Direttori di Distretto
- Rappresentanti di Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) delle ASST e degli RCCS
- Rappresentanti Dipartimento Interaziendale delle Prestazioni Erogate dell'Area Dipendenze (DIPE AD)
- Rappresentanti dei Sindaci
- Rappresentanti Uffici di Piano
- Rappresentanti Ufficio Scolastico Territoriale

- Rappresentante dei Centri per la Giustizia Minorile (CGM) e Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni (USSM)

### Primo incontro: 21 maggio 2025

Ad apertura del percorso di co-programmazione, si è tenuta una riunione plenaria, con l'introduzione dei lavori, condivisione degli obiettivi e dello spirito della co-programmazione.

In seguito alla suddivisione dei tre tavoli, è cominciato l'avvio al confronto e alla discussione. Per stimolare questa fase iniziale, sono state proposte due domande aperte, che permettessero di indagare il punto di vista e la prospettiva dei diversi attori presenti: 1) Cosa pensate sia utile per favorire la continuità? e 2) Cosa pensate sia utile per favorire la domiciliarità?

Le risposte, raccolte digitalmente ed organizzate in file Excel tramite Google Whiteboard, sono state elaborate in tempo reale.

Nel tavolo dell'area di Milano sono state raccolte 45 risposte, commentando le quali si ha dato avvio alla discussione.

Il primo punto emerso ha riguardato la necessità di una **maggior integrazione tra i diversi servizi** e la differenza nelle modalità comunicative utilizzate. È stato evidenziato in diversi interventi l'importanza di introdurre la figura di un **Case Manager**, che permetta un lavoro integrato e

trasversale. Altro tema discusso ha riguardato la necessità di **formazione congiunta degli operatori**, così da poter creare dei percorsi adattabili e modificabili in base alle diverse esigenze. Sono state riportate a titolo di esempio alcune esperienze di **intervento domiciliare**, ritenute dai presenti molto utili e da implementare, con particolare attenzione al supporto alle famiglie. Infine, si è delineato un aspetto critico per gli ETS, rappresentato dal bisogno di **continuità sui progetti**, che spesso si interrompono nonostante la loro potenziale funzionalità, e l'utilità di un **raccordo tra progettualità di tipo sociale e di tipo sanitario**.

Nel tavolo di area Ovest, il confronto tra partecipanti si è indirizzato principalmente sulla necessità di interventi a **supporto della domiciliarità** (sia nella dimissione dalla residenzialità sia direttamente al domicilio del paziente e al suo contesto di vita), l'importanza di mappare le buone pratiche ed effettuare formazione congiunta, il ruolo del **case manager**, l'omogeneizzazione dei percorsi di transizione dall'età evolutiva all'età adulta, il supporto alle **famiglie e ai caregiver** e la valorizzazione il sapere esperienziale del **paziente esperto (ESP)**.

Infine, La discussione del tavolo Est ha preso avvio da una analisi circa la centralità del tema della Programmazione Socio-Sanitaria Integrata. Rispetto alla domiciliarità, è emersa la necessità di uno studio più

Tabella 3

Formazione	BISOGNI RILEVATI E COMUNI TRA LE AREE	
	Rete, supporto fuori dai servizi, coinvolgimento delle reti sociali naturali, volontari formati › empowerment dell'utente	Mappatura
	Modello di valutazione dei bisogni, presa in carico e loro monitoraggio, regia e trasversalità di funzioni (case manager)	
	Supporto e collaborazione familiari, care-giver- ESP e volontari formati	
	Raccordo dei progetti sociali e socio-sanitari, integrazione delle offerte del territorio, risorse sia economiche che umane (case manager)	
	Interventi a domicilio, nei luoghi di vita del paziente, volontari con specifica formazione › empowerment dell'utente	

approfondito dell'area al fine di acquisire una maggiore consapevolezza di quelli che sono i bisogni effettivi, per poi spostarsi sul tema delle risorse (sia economiche, sia di mezzi e personale, sia in relazione alla capacità di gestione oculata). Inoltre, è emersa l'importanza di stabilire una modalità trasversale di lavoro, per favorire la cooperazione tra enti pubblici e privati. Alla seconda domanda circa la continuità, le risposte si sono orientate similmente, facendo emergere la necessità dell'uso trasversale di risorse (economiche ed umane), di una formazione attraverso protocolli comuni, la creazione di una rete per generare unità di cura intensive condivise tra diversi enti, con particolare interlocuzione con gli ETS.

Come è possibile osservare, nei tre tavoli sono emerse tematiche affini e concettualmente coincidenti, che ATS ha quindi sintetizzato in 5 punti (trasversali a tutte le aree), riepilogati nella *tabella 3*.

Come già emerso in precedenza, parallelamente a questi argomenti permangono come nodi cruciali trasversali i temi della formazione congiunta tra servizi differenti e la necessità di dotarsi di una mappatura aggiornata.

### **Secondo incontro: 28 maggio 2025**

Il secondo incontro si è aperto con la presentazione della sintesi delle istanze emerse la volta precedente.

Ad ogni gruppo di lavoro è stato chiesto di considerare le cinque tematiche e di dare loro un ordine di priorità, in modo da definire quali fossero i bisogni maggiormente significativi per ogni area territoriale e quali risultassero meno pregnanti.

Per analizzarle, partendo dalle più rilevanti, ATS Milano ha proposto di usare il metodo della Swot analysis, il quale prevede che per ogni item vengano individuati i punti di forza, di debolezza, le opportunità future e le minacce potenziali.

Il tavolo di Milano ha scelto di analizzare tutte e cinque le tematiche, senza attribuire un criterio di priorità, in questa fase, ma riservandosi di affrontare questo argomento nell'incontro successivo.

Il tavolo Est invece ha preferito orientare l'analisi Swot su due temi che sono stati ritenuti pregnanti: il "Modello di valutazione dei bisogni e loro monitoraggio, regia e trasversalità di funzioni" e gli "Interventi a domicilio, nei luoghi di vita del paziente".

Infine, il tavolo Ovest ha ristretto l'analisi a tre item: "Interventi a domicilio, nei luoghi di vita del paziente", "Supporto e collaborazione familiari, caregiver", "Rete, supporto fuori dai servizi, coinvolgimento reti sociali naturali, ESP".

### **Terzo incontro 4 giugno**

Al termine del secondo incontro, ATS Milano ha effettuato ulteriore analisi delle risposte ottenute, utilizzando un indicatore quantitativo ("Swot Ratio") per valutare il bilanciamento tra elementi positivi ed elementi negativi di ogni item, fornendo ulteriori elementi di spunto alla discussione. In particolare, è stato utilizzato il Positivity Ratio, che si può riassumere come di seguito:

Positivity Swot Ratio:  $\text{Punti di forza} + \text{Opportunità} / \text{Punti di debolezza} + \text{Minacce}$ .

Un risultato  $> 1$  indica una situazione in cui gli elementi positivi superano quelli negativi, mentre un risultato  $< 1$  indica una situazione in cui gli elementi negativi e le criticità hanno prevalenza sugli aspetti positivi.

Il risultato è da intendersi come un ulteriore strumento di lettura per agevolare il gruppo di lavoro nella definizione delle aree trattate. I risultati non sono attribuzioni oggettive di positività o negatività dell'argomento stesso, bensì percezioni soggettive del gruppo di lavoro. I dati emersi sono rappresentati graficamente negli istogrammi in *tavola 4*.

Questa elaborazione è stata presentata durante il terzo incontro del 4 giugno, in ogni singolo tavolo. Da essa è derivata la discussione conclusiva e le riflessioni relative alla disponibilità di risorse. L'ultima fase dell'incontro ha previsto il ritorno in Plenaria, per un confronto finale circa quanto emerso nell'intero percorso di co-programmazione.



## ANALISI DELLE RISPOSTE TRAMITE SWOT RATIO

All'interno del tavolo di Milano, le aree relative agli "Interventi al domicilio", alla presenza di una "Modello di valutazione/case manager" e del "Supporto e collaborazione coi familiari" hanno ottenuto un risultato  $> 1$ , significando cioè che i partecipanti hanno assegnato a queste tematiche maggiori elementi positivi. Mentre la costituzione di "Reti sociali e naturali" e il "Raccordo tra progetti sanitari e sociali" risultano essere associati ad un alto numero di ostacoli e difficoltà realizzative.

Il tavolo ha concordato che gli interventi domiciliari, ritenuti prioritari, fossero da intendersi come già strettamen-

te connessi alla valorizzazione delle reti sociali e naturali, andando quindi a combinare infine questi due concetti.

All'interno del tavolo Ovest sono state analizzate solo gli item relativi a "Interventi al domicilio", "Reti sociali e naturali" e "Supporto e collaborazione coi familiari", ai quali sono stati associati un alto numero di elementi positivi, lasciando intendere una volontà ed una possibile capacità realizzativa.

Infine, all'interno del tavolo Est, sono state analizzate unicamente i 2 item relativi a "Modello di valutazione/case manager" e "Interventi al domicilio", che hanno riportato un risultato  $< 1$ , il che significa che i partecipanti hanno ipotizzato per queste tematiche maggiori elementi di criticità.

La differenza nell'assegnazione delle risposte è comprensibile alla luce delle diverse peculiarità di ogni territorio.

### Discussione conclusiva, risorse ed esito del percorso

La *figura 1* riepiloga gli argomenti ritenuti prioritari in ogni tavolo, che sono stati oggetti di riflessione e rielaborazione.

Rispetto il tema delle azioni che è possibile attuare in relazione al tipo di risorse, ogni tavolo ha espresso delle ipotesi su ciò che può essere realizzato in condizioni di isorisorse, attraverso una ipotetica riconversione di risorse esistenti e cosa invece necessita di nuove risorse (*Figura 2*).

Al termine di questa fase di lavoro cooperativa all'interno dei tre tavoli, è stato possibile osservare una coincidenza di argomenti emersi ed un loro possibile raggruppamento in due più ampie categorie (*Figura 3*).

Da un lato, il tema della domiciliarità, intesa come interventi di cura nei luoghi di vita dei pazienti, è imprescindibile dal coinvolgimento delle reti sociali naturali, degli operatori e dei volontari formati, degli ESP e dal supporto e collaborazione dei familiari dei pazienti.

Dall'altra parte, la necessità di un modello di valutazione dei bisogni, che comprenda una presa in carico e monitoraggio attraverso la presenza di un Project Manager o Case Manager con una regia trasversale, è

Figura 1

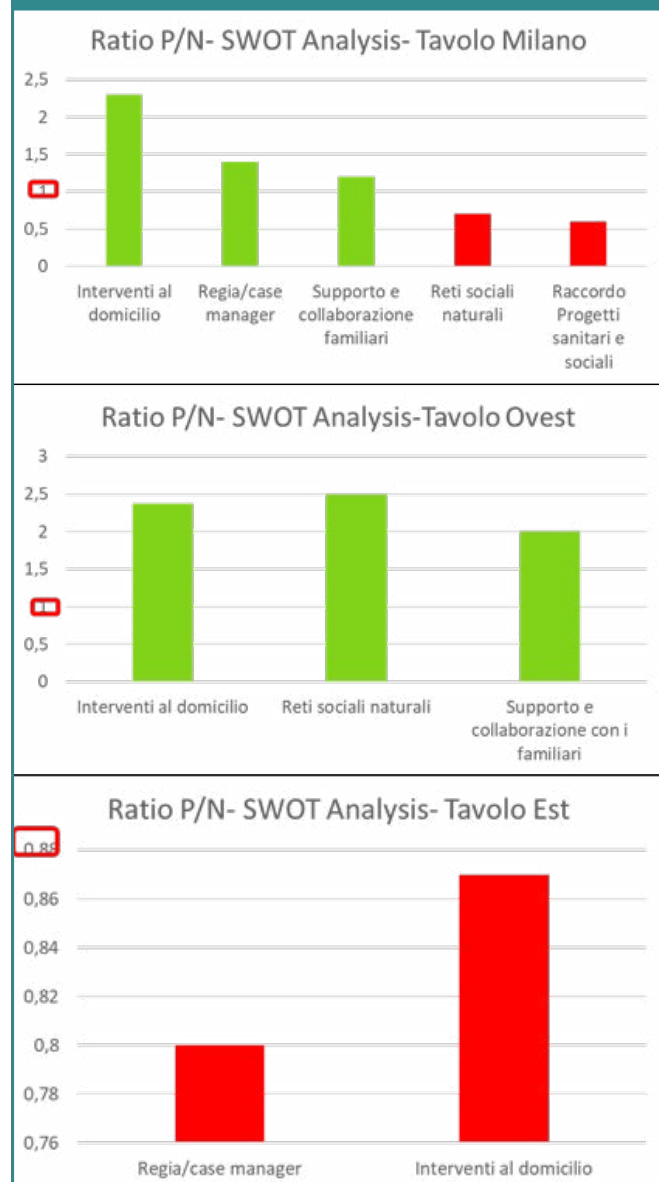


Figura 2



Figura 3



Tabella 4

Formazione	Domiciliarità intesa come interventi di cura nei luoghi di vita dei pazienti, coinvolgimento delle reti sociali naturali, degli operatori e dei volontari formati e degli ESP, supporto e collaborazione dei familiari	Mappatura
	Modello di valutazione dei bisogni, presa in carico e monitoraggio attraverso Project Manager e Case Manager con regia trasversale; raccordo tra offerta sanitaria, sociale e socio-sanitaria	

anche fortemente connesso al bisogno di un raccordo tra l'offerta sanitaria, sociale e socio-sanitaria.

In coerenza con il cronoprogramma già previsto, l'esito del lavoro di co-programmazione e questa ultima elaborazione sono stati presentati in sede di Organismo di Coordinamento congiunto allargato ai partecipanti ai lavori di co-programmazione ed in Cabina di Regia, ed in queste sedi approvati.

## CONCLUSIONI

Il percorso intrapreso con tutti gli interlocutori del processo di co-programmazione è risultato già l'avvio di un nuovo modo di interagire e rapportarsi e, di per sé, esito esso stesso, poiché iniziale attuazione di un cambiamento.

L'iniziativa ha registrato un elevato indice di partecipazione (pari al 82% degli aventi titolo a partecipare), che ha consentito un miglior livello di conoscenza tra le diverse componenti e ha dato ampio spazio al confronto con discussione libera e paritetica tra componente pubblica e Terzo Settore.

Ciascuno ha potuto esprimere la propria esperienza legata sia al ruolo ricoperto sia alle idee relative ai principali bisogni riscontrati.

Le componenti rappresentative del sistema delle dipendenze hanno partecipato attivamente al dibattito, fornendo apporti e riscontrando opportunità declinabili anche nel proprio settore di competenza. Altrettanto significativo è stato il contributo apportato dai rappresentanti delle Associazioni dei familiari.

Passando ai contenuti che sono emersi dai lavori, un aspetto peculiare è stato l'essersi sintonizzati tutti su tematiche di processo, non legate ai singoli ambiti di intervento.

ATS si è impegnata in una restituzione complessiva negli Organismi di Coordinamento congiunti, a cui hanno partecipato anche i componenti ETS, e successivamente in Cabina di Regia ATS. Entrambi gli incontri avevano l'intento di valorizzare al massimo le singole posizioni emerse dai tavoli e addivenire ad una conclusione rappresentativa delle peculiarità territoriali ed inclusiva.

Le tematiche espresse, fortemente coincidenti nelle tre aree territoriali, sono state tutte mantenute e articolate nelle due macroaree già descritte e riportate nella *tabella 4*.

La prima area verte sulla volontà espressa di attivare interventi domiciliari e nei luoghi di vita con l'ausilio di tutte le componenti attive nel tessuto sociale che ha affrontato in questi anni una crescita e preparazione responsabile cui contribuiscono gli ESP e le Associazioni dei familiari, anche già coinvolte in specifiche progettualità.

La seconda area tematica riguarda un modello operativo relativo alla valutazione, formulazione di piano di intervento e monitoraggio che sia trasversale e con una regia dedicata e che sappia considerare le risorse disponibili in area sanitaria, sociosanitaria e sociale.

Entrambe le aree tematiche dovranno essere sostenute da formazione congiunta e condivisa delle professionalità e da una mappatura complessiva e attualizzata di risorse disponibili dell'offerta (servizi, progetti, iniziative).



Si tratta di una proposta altamente innovativa, che dà l'avvio ad un cambiamento paradigmatico: il vantaggio dell'aver individuato aree di processo è garanzia della possibilità di declinare in sede di una futura co-progettazione le modalità individuate in ambiti di intervento diversificati.

Il senso delle due aree individuate, ritenute prioritarie per il sistema del territorio ATS Milano, deriva dalla considerazione del "vuoto" assistenziale riscontrabile tra le visite che avvengono nei luoghi istituzionali della cura i quali, alla luce delle note carenze dei profili professionali previsti, non sono in grado di portare contributi di accompagnamento nella vita quotidiana dei pazienti. La sinergia si potrebbe creare con l'opportuna valorizzazione della collettività adeguatamente preparata, con il coinvolgimento di operatori e volontari formati – compresi gli utenti esperti – con il mantenimento del coordinamento sanitario.

L'approccio a valenza territoriale è finalizzato anche all'empowerment individuale e collettivo oltre a essere stimolo di coesione sociale.

È stata sottolineata nei gruppi l'importanza di un nuovo modello trasversale di lettura e monitoraggio dei percorsi di cura (che ad oggi vengono riconosciuti da tutti come delle isole non collegate); tale proposta si pone come azione a garanzia di efficientamento del sistema.

Il modello potrebbe rispondere in modo efficace alle esigenze di prevenzione in tutte le età della vita e ai bisogni legati alla transizione tra le età della vita e i setting di cura, rappresentando a pieno titolo garanzia di continuità.

Al termine del percorso, si è osservato un elevato livello di gradimento che ha portato alla richiesta da parte dei componenti di una continuità negli incontri dei tavoli d'area, anche dopo la conclusione della co-programmazione, in coerenza con lo spirito e la naturale predisposizione dei processi amministrativa condivisa.

La DGR 4481 del 03/06/2025 ha rappresentato l'occasione per una prima realizzazione operativa dei temi emersi nel corso dei tavoli. ATS Città Metropolitana ha scelto di dare spazio realizzativo a progetti innovativi che contemplino interventi di domiciliarità indirizzati a pa-

zienti in uscita dai servizi residenziali di Salute Mentale, andando così ad agire anche su un ambito di prevenzione all'istituzionalizzazione.

A tal fine è stata avviata una Manifestazione di Interesse che apre la possibilità di realizzare tali progettualità nelle tre medesime aree territoriali usate come riferimento durante la co-programmazione: area di Milano, area Ovest e area Est.

---

AFFERENZA DELL'AUTORE

*ATS Città Metropolitana di Milano*

CORRISPONDENZA

[salutementaledipendenze@ats-milano.it](mailto:salutementaledipendenze@ats-milano.it)

---

## BIBLIOGRAFIA

1. Campagna per la salute mentale *Salute mentale: impegno e cammino per una società inclusiva e rispettosa dei bisogni e dei diritti dei cittadini*
2. DGR n. XII/3824 del 27/01/2025 *Approvazione delle Linee di indirizzo per la co programmazione (in applicazione dell'art.55 del D.LGS.117/2017 c.d. "Codice del Terzo Settore") finalizzata all'individuazione dei bisogni e delle risorse della comunità, volto a favorire percorsi di promozione, prevenzione e inclusione nell'area salute mentale*
3. D.Lgs.3 Luglio 2017, n.117 *Codice Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2 Lettera B), della legge 6 GIUGNO 2016, N.106*
4. D. M. 31 Marzo 2021 n. 72 *Linee guida sul rapporto tra Pubbliche Amministrazioni ed enti del Terzo settore negli artt. 55-57 del D.Lgs. n. 117/2017 (Codice del Terzo settore)*
5. Pezzana P. (2023) *L'amministrazione condivisa: perseguire l'interesse generale tra processi e procedimento*. Su *Impresa Sociale* in *Rivista Impresa Sociale*, anno 2023 nr. 4, ISSN 2282- 1694, pp. 29-35.
6. *Esito della co-programmazione in Salute Mentale e Dipendenze*, ATS Città Metropolitana di Milano, luglio 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](mailto:redazione@psichiatriaoggi.it)

### NORME EDITORIALI

**Lunghezza articoli:** da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

**Cartella:** Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

**Ogni articolo deve contenere nell'ordine:**

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:  
1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features*. J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail [redazione@psichiatriaoggi.it](mailto:redazione@psichiatriaoggi.it) in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



**SIP-Lo**

Sezione Regionale Lombardia  
della Società Italiana di Psichiatria

#### **Presidenti:**

Bernardo Dell'Osso  
Giovanni Migliarese

#### **Segretario:**

Virginio Salvi

#### **Vice-Segretario:**

Lara Malvini

#### **Tesoriere:**

Gianluigi Tomaselli

#### **Consiglieri eletti:**

Antonio Amatulli

Stefano Barlati

Giorgio Bianconi

Debora Bussolotti

Paolo Cacciani

Camilla Callegari

Annabella Di Giorgio

Federico Durbano

Gianmarco Giobbio

Alessandro Grecchi

Carla Morganti

Giovanna Molinari

Silvia Paletta

Gianpaolo Perna

Paolo Risaro

Caterina Viganò

#### **RAPPRESENTANTI**

##### **Sezione "Giovani Psichiatri":**

Laura Fusar Poli

Federico Grasso

#### **Membri di diritto:**

Emi Bondi

Massimo Clerici

Carlo Fraticelli

Giancarlo Cerveri

Claudio Mencacci

Mauro Percudani

Antonio Vita

#### **Consiglieri Permanenti:**

Giuseppe Biffi

Antonio Magnani

Massimo Rabboni

Simone Vender