

L'assistenza
domiciliare di
persone con
disagi psichici e
disturbi
psichiatrici

Dr.ssa Laura Arduini

Medico Psichiatra

Fondazione Casa della Carità Angelo Abriani

AGENDA

1. Presentazione Casa della Carità

2. Un Progetto di Casa della Comunità per chi è più vulnerabile: il Progetto Arcturus

3. Elementi essenziali di psichiatria : prevalenza dei disturbi psichiatrici

4. Legislazione italiana sulla psichiatraia

5. TSO e ASO

AGENDA

6. Il Sistema Sanitario Lombardo: la cornice istituzionale
7. I Dipartimenti di Salute Mentale (DSM)
8. Il Centro Psico-Sociale (CPS) — porta d'accesso
9. Strutture residenziali e semiresidenziali
10. Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)
11. Percorsi di cura: dal territorio all'Ospedale. Numeri chiave e dati
12. NPJA/ budget di cura /Psichiatria Forense

Casa della Carità

- La Casa della carità è una Fondazione che persegue finalità sociali e culturali
- Ha sede a Milano, in una ex scuola del quartiere Crescenzago, periferia di Milano, messa a disposizione dal Comune di Milano e ristrutturata grazie a un lascito dell'imprenditore Angelo Abriani, è stata inaugurata il 24 novembre 2004
- La Fondazione, istituita nel maggio 2002 su iniziativa del cardinale Carlo Maria Martini, ha come garanti il sindaco e l'arcivescovo di Milano

La struttura

- La struttura dove hanno sede la maggior parte delle nostre attività è vissuta come una vera e propria Casa, non come un centro di accoglienza. Le persone che accogliamo sono ospiti e non utenti. Non eroghiamo servizi, ma instauriamo relazioni.
- Ci prendiamo cura dei loro bisogni e li assistiamo sul piano sanitario e della tutela dei diritti. Li aiutiamo a trovare un lavoro e una casa.
- Promuovere veri percorsi di autonomia è il nostro principale scopo: non crediamo ad un assistenzialismo che cronicizza il disagio delle persone e le rende dipendenti dal sistema, ma vogliamo rompere lo schema assistenzialista per promuovere autonomia e mostrare che le persone che spesso consideriamo ai margini della nostra società, possono diventare motore di sviluppo per la comunità intera.



La Casa della carità: ogni giorno diamo ospitalità
gratuita a 140 uomini, donne e
bambini in difficoltà

Persone accolte



GLI STAKEHOLDER DELLA CASA DELLA CARITÀ | Le persone accolte dalla Casa della Carità

[2-6]

Nel 2023 la Casa della Carità ha aiutato **11.597 persone in difficoltà**. Sono bambini, anziani, famiglie, migranti e rifugiati, persone senza dimora, con problemi di salute mentale, con disabilità, **donne e uomini di ogni età, Paese e religione**. Sono *gli ultimi degli ultimi*, per usare le parole del Cardinale Carlo Maria Martini: persone che faticano ad avere risposte dai servizi pubblici e a trovare ospitalità adatte a loro.

A queste, si aggiunge una parte delle persone prese in carico nell'ambito del progetto Arcturus (alcune delle persone seguite provengono infatti dai servizi stessi della Fondazione, mentre altre arrivano su segnalazioni esterne), i cui dati quantitativi sono, al momento della stesura del presente Bilancio di sostenibilità, ancora in fase di analisi e pertanto non definitivi, come meglio descritto nel paragrafo *Il nostro lavoro / Accoglienza*.

Per un approfondimento contenente i dettagli relativi alle persone accolte dalla Fondazione si rimanda alla sezione *Il nostro lavoro / Accoglienza* e all'*Appendice 1*.



11.597
persone aiutate



3.075
donne



7.318
uomini



1.204
minori



460
persone ospitate

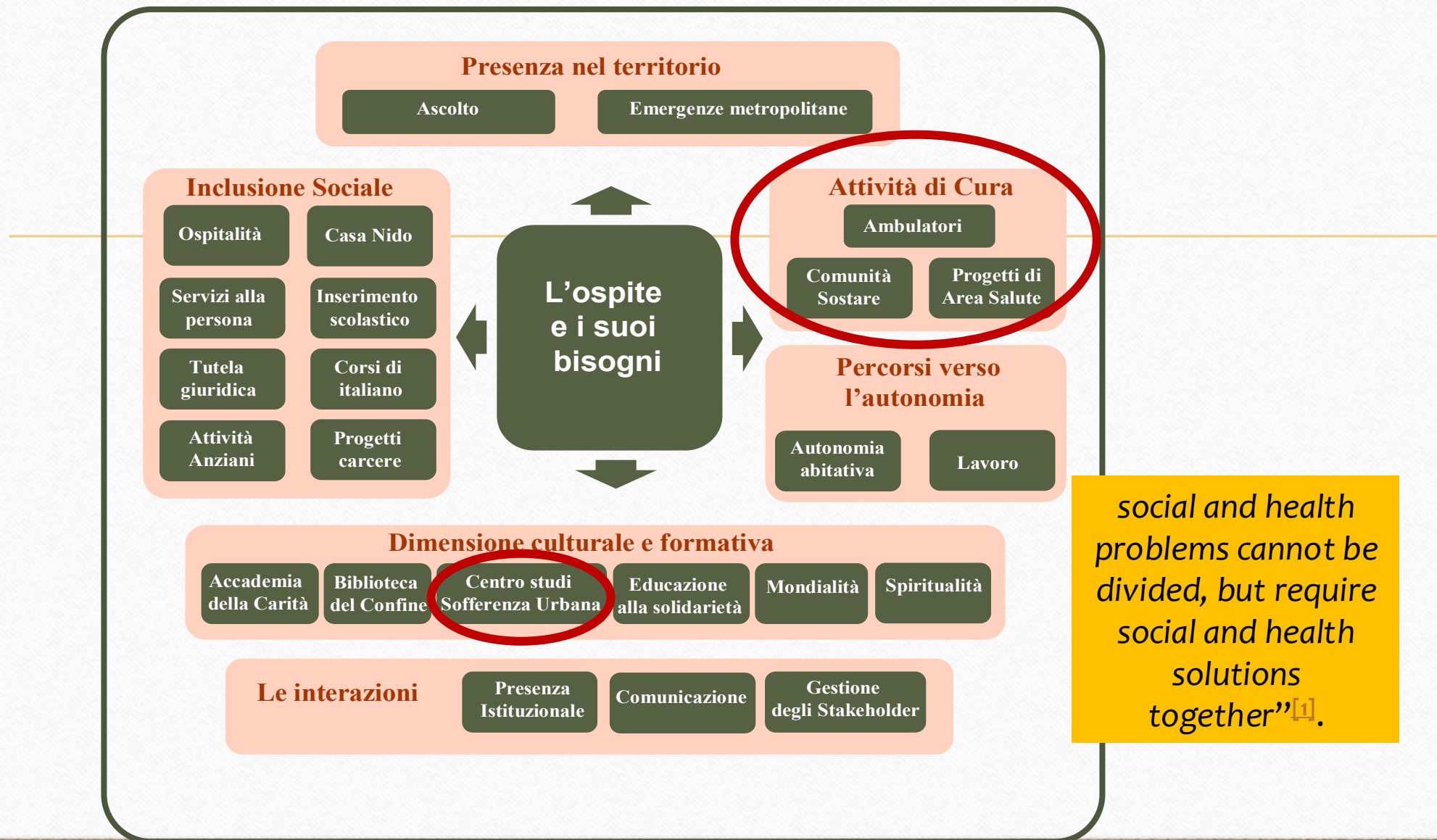


7.401
persone aiutate
tramite i servizi diurni



3.736
persone seguite
sul territorio

MODELLO OPERATIVO



pratica

Ospitalità
percorso individuale
Temporaneità
Casa Nido
Ambulatorio medico
Sostare
Territorio
emergenze
rete servizi
Interconnessioni

Casa della Carità a Milano

dalla parte
dei “- less”
tra **soggetto**
e **società**

teoria

Centro studi SOUQ
Accademia
Formazione
Supervisione
Ricerca
Sff
Animazione territoriale
Biblioteca del confine
Orchestra dei Popoli

Strumenti irrinunciabili

- Lavoro in equipe multidisciplinare
 - Modello interculturale diffuso
 - Training alla complessità
 - Ospitare nella logica dei cerchi concentrici
 - Inversione dell'asse direzionale utente-servizio
 - Budget di salute
-  Pane e cultura



CAPARBIAMENTE SUL CONFINE:

STARE
NEL
MEZZO

ANDARE
VERSO

OPERATORI
ESPERTI DI
COMPLESSITÀ

UNICO CRITERIO
CHE RESTA IN
PIEDI: LA
PERSONA

CERCARE
CHI NON
ARRIVA

Azioni:

- ✓ Illegali
- ✓ Homeless
- ✓ Rifiutati dalle comunità
- ✓ Pluriproblematici
- ✓ Quelli che «non vogliono cure»
- ✓ Implicazioni penali
- ✓ Comportamenti aggressivi

LA CURA FONDA
LE RELAZIONI

COMUNITÀ PROTAGONISTA DELLA
SALUTE

RIDURRE
IL DIVARIO

Vocazione pubblica:

ciò che vale per i più vulnerabili
è auspicato
per tutti

SALUTE NON È SOLO
SANITÀ

VALORIZZARE BENI SOCIALI è
RISPARMIARE

Azioni:

- ✓ Andare verso
- ✓ Tempi lunghi di accoglienza e relazione
- ✓ Risposte flessibili

ARCTURUS è

Struttura di Prossimità
per la grave marginalità a Milano

Sperimentazione inclusiva
verso il modello di Casa della Comunità



1 PARTE – Progetto Arcturus

La struttura di prossimità per la grave marginalità a Milano

Una sperimentazione inclusiva in un contesto complesso

Partners

Fondazione Casa della carità, Caritas Ambrosiana, Ass. Sanitaria San Fedele, Coop. Farsi Prossimo

+Fondazione Progetto Arca, Consorzio SIR, Cisom, MVI, CRI, OSF

+

ATS Milano e Comune di Milano (Vari Dipartimenti)

+

Formazione e Ricerca (2 Università)

target	Percorso amministrativo	Percorso storico	Processo del progetto	Soggetti coinvolti	anomalie
Vulnerabili soggetti non aventi diritto ai servizi di cure primarie soggetti con grave marginalità aventi diritto ai servizi sanitari, ma invisibili agli stessi soggetti in carico a MMG/PLS che necessitano di una presa in carico più ampia	Art 1 comma 4bis DL 19/5/2020 n°34. Legge luglio 2020 n°77 «strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie delle persone più fragili» «ispirate al principio della piena integrazione socio-sanitaria, con coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio» «attraverso il ricorso a strumenti innovativi quale il budget di salute e di comunità»	Sofferenza urbana (2001, Souq)	6 mesi fattibilità dei 4 soci ideatori: Fond.Casa della carità, A.S.San Fedele, Caritas Ambrosiana, e Coop. Farsi Prossimo	4 soci ideatori + Università Bocconi - Cergas e Università di Torino – Epidemiologia sociale + ATS Dipartimento Programmazione dell'integrazione dei Percorsi socio- sanitari con quelli sociali PIPSS	No bacino d'utenza classico /territoriale
HARD TO REACH persone con problemi di salute mentale e dipendenze, anche sottoposti a procedimenti dell'Aut. Giudiziaria, con specifica attenzione alla fascia d'età giovane e che non trovano adeguate risposte nella rete esistente	Delibera di Giunta n° XI/5447 del 3/11/2021 Approvazione del Progetto Regionale «Potenziamento dell'welfare d'iniziativa attraverso la realizzazione di interventi e strutture di prossimità rivolte alle situazioni di grave marginalità socio-sanitaria»	Stare nel mezzo Servizi guidati dalla persona Andare verso Operatori della complessità Cercare chi non arriva	Tavolo di co-progettazione (2 mesi 2022)	Tav. Co-progettazione: soci ideatori Soci attuatori: Fond. Progetto Arca, Croce Rossa Italiana Comitato Milano, Opera San Francesco, Consorzio Sir, Corpo Italinao di Soccorso Ordine Di Malta , Medici Volontari Italiani + ATS Piss * Comune di Milano	Non un'unica struttura, ma un sistema di servizi in un modello integrato
migranti, persone in povertà estrema, multi-problematicità non afferibili ad una sola tipologia di servizio specialistico (NPiA, CPS, SERD, Servizi Sociali, Servizi della Giustizia, etc.).	deliberazione nr. 231 del 17/03/2022 AVV. PUBBLPER LA CO-PROGETTAZ. E ATTUAZ. DI INIZIATIVE E STRUTT DI PROSSIMITA' x Pp FRAGILI IN PARTICOLARE CONDIZIONI DI MARGINALITA' SOCIALE (EX DGR N. 5447 DEL 3/11/2021) Deliberazione 386 Comm 05 punt 7/06/22 Deliberazione 697– 11/ 08/22 approvazione progetto definitivo esito tavolo co progettazione Deliberazione -27/11/22 con	Verso Casa della Comunità – Prima la Comunità	Fase avvio e operatività – da novembre 2022 (tot 18 mesi = 12 mesi + 6 mesi analisi)	Comune di Milano (vari dipartimenti)- Area diritti e inclusione, e Area Salute e servizi di comunità, Politiche sociali e Diritti e grave emarginazione)	Non solo categoria vulnerabili, ma anche per cittadinanza IN NEED

la sfida: complessità e cura

Obiettivo: mettere al centro la **salute della cittadinanza invisibile** della città di Milano

Nel modello attuale, le persone maggiormente vulnerabili rischiano di restare confinate in un sistema di cure di emergenza, spesso fatto di soluzioni temporanee e frammentate caratterizzate da un rapporto costo-beneficio dispendioso e inefficace.

Ci muoviamo su dialettiche:
emergenza - presa in carico
socio-sanitario
Invisibilità – cittadinanza



per sviluppare:
welfare d'iniziativa
community building
comprehensive and personalized care

UN MODELLO DA CONSEGNARE AL SISTEMA PUBBLICO

UN MODELLO PER TUTTA LA POPOLAZIONE – no categorie (diritti ed inclusione)

popolazione in studio

- × soggetti non aventi diritto ai servizi di cure primarie
 - × soggetti con grave marginalità aventi diritto ai servizi sanitari, ma invisibili agli stessi
 - × soggetti in carico a MMG/PLS che necessitano di una presa in carico più ampia
-

in particolare la Manifestazione d'interesse ATS chiede attenzione a:

- persone con problemi di salute mentale e dipendenze, anche sottoposti a procedimenti dell'Autorità Giudiziaria, con specifica attenzione alla fascia d'età giovane e che non trovano adeguate risposte nella rete esistente
- migranti, persone in povertà estrema, multiproblematicità non afferibili ad una sola tipologia di servizio specialistico (NPIA, CPS, SERD, Servizi Sociali, Servizi della Giustizia, etc.).

teniamo in mente due anomalie, che rendiamo potenzialità:

- a) non un bacino d'utenza classico/territoriale
- b) non un'unica struttura, ma un sistema di servizi in un modello integrato

modello di struttura di prossimità

sviluppare un modello capace di affrontare la complessità, superando

- *la frammentazione tra gli attori coinvolti*
- *attraverso la creazione di reti multidisciplinari*
- *a partire dal coinvolgimento delle persone, delle comunità, del territorio*

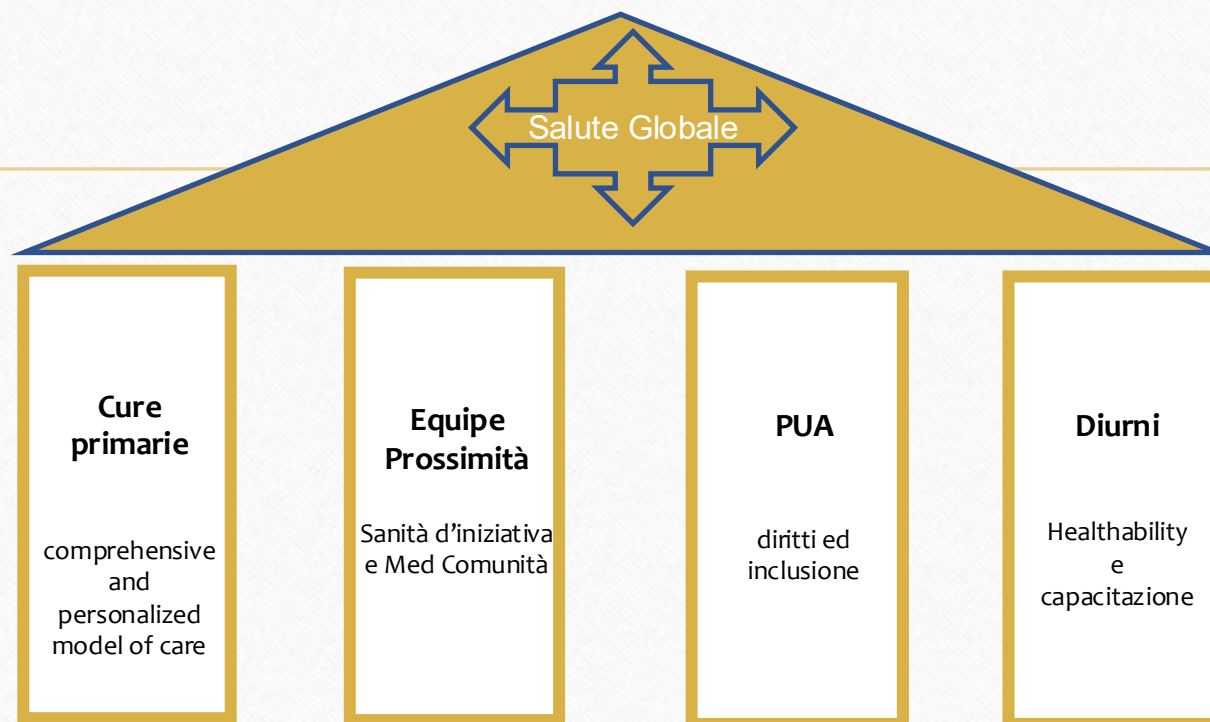
Le 4 dimensioni base del modello sperimentale :

- cure primarie (+ accoglienza patologie organiche gravi)
- punto unico di accoglienza della domanda (PUA rivisitato e diffuso)
- attività diurne/notturne
- servizi di prossimità

Modello sperimentale per la Struttura di prossimità a 4 pilastri

La persona
& la
relazione

Equipe
Multidisciplinare:
di base, allargata
e macro



Valorizzazione del territorio & della comunità

P.A. + Terzo Settore + rete di MMG e Hs
+ Cittadinanza + Assemblea Comunità + Associazionismo + Casa della Comunità + Enti locali

PUA

Rappresenta l'inizio del percorso che il cittadino compie nel sistema dei servizi, per tale motivo è estremamente importante che il suo bisogno sia accolto correttamente e che, se necessario, attraverso le figure professionali presenti, si dia avvio alla valutazione del bisogno reale ed alla successiva eventuale presa in carico.

Inteso come funzione di integrazione degli accessi al sistema locale dei servizi socio-sanitari

Prevede un unico centro di responsabilità ma ha **un'articolazione fisica nelle molteplici equipe/istituzioni aperti alla cittadinanza, che convergono nel PUA DIFFUSO**

Azioni:

Sportello (in presenza o telefonico)

Valutazione multi-disciplinare (operatore sociale, assistente sociale, psicologo, emdiatore linguistico e culturale)

Accompagnamento nel percorso di accesso ai servizi socio-sanitari

Servizio Sociale

Centro in Cdc + postazioni Pua Diffuso in tutti i servizi del modello + Eq Prossimità e le sue UdS di CA, Sesta Opera, e UM Cisom, CRI, MVI.

diurno/ day&night

Una rete di contesti diurni accoglienti, con capacità di integrazione e a forte valenza culturale

Luoghi per l'accoglienza diurna di persone fragili che riuniscono **competenze professionali** per la cura e che permettono accessi a bassa soglia.

Innovativi perché non lavorano creando gli ambiti degli svantaggiati ma **generando connessioni** con la città e i suoi abitanti, a cominciare dalla possibilità di accogliere tutti attraverso iniziative culturali aperte e particolarmente capaci di far dialogare culture, religioni e stili di vita diversi.

Azioni

Servizio docce e guardaroba

Percorsi riabilitativi

Attività di socializzazione e animazione territoriale con laboratori finalizzati alla ricerca del lavoro, lab.artistici, eventi per la cittadinanza

Attività di presenza e accompagnamento, là dove offrono spazi per agganciare e rafforzare la presa in carico in setting informali (bar bianco, eventi serali o nel weekend, feste di quartiere e attività ludico-ricreative).

+ forte connessione sperimentale con servizi del Comune di Milano (lavoro e housign)

Attività diurne in FP, Cdc, SF (e serali), rete CA

equipe prossimità

operatori di prossimità/figure ponte:

si caratterizzano per la capacità di seguire il soggetto nelle sue traiettorie e per intercettare le sue reti relazionali
si muovono nei luoghi «conosciuti o da conoscere»

esempio di totale **adattamento del servizio alla persona** e non viceversa

la composizione può mutare in base alle potenzialità e risorse della persona, così come in base a suoi bisogni
(integrata nel servizio, a fisarmonica) e al territorio

target sempre aperto

AZIONI

Vicinanza

Ascolto

Accompagnamento, in connessione

agenti di prossimità

UdS di CA (Rom, donne Tratta, homeless, ed.distrada), UM medico-infermieristiche (MVI, CRI, Cisom)

cure primarie

modello di Assistenza Primaria: Comprehensive and Personalized Care model

CO COSTRUIRE il reale **fabbisogno di cura** con le persone che arrivano a noi (sportelli, diurni, unità strada, unità mobili medi-infermieristiche) alle associazioni e istituzioni (asst, mmg, carcere) in rete e con le persone che non arrivano attraverso equipe di prossimità (andare verso)

Ambulatorio Cdc Crescenago + Ambulatorio San fedele Centro + FARMACIA SOCIALE + accoglienza di pz con grave patologia organica (Cdc 5 posti + Cons. SIR 2 posti e OSF 2 posti + 5 FPA + 1 Post acuzie)

Presidio di medicina territoriale

*Modello di cura personalizzato che agisce in maniera sistemica, valorizzando le interdipendenze dei fattori bio-psico-sociali sullo stato di salute dell'individuo piuttosto che segni e sintomi specifici di organi o apparati
(Comprehensive Personalised Care Model)*



destinatari

soggetti non aventi diritto ai servizi di cure primarie

soggetti con grave marginalità aventi diritto ai servizi sanitari, ma invisibili agli stessi

soggetti inviati dai MMG

2 sedi

Presidio di medicina territoriale

ATTIVITA'

Servizio di medicina generale: inversione della piramide dei professionisti (1 personale di segreteria, 1 infermiere e 1 medico)

Attivazione di percorsi per persone con patologia cronica

Educazione all'uso dei farmaci e distribuzione di medicinali

Attivazione di dimissioni protette da PS, degenze e carcere

Prevenzione primaria e secondaria

Social prescribing

Posti letto per accoglienza di persone con grave patologia organica

Elementi essenziali di psichiatria

Prevalenza dei disturbi psichiatrici

- Tutti i disturbi mentali: 50% degli adulti soffre di problemi di salute mentale nel corso della vita
- Depressione: Adulti: 10% nel corso della vita
- Disturbi d'ansia: 3-6% nel corso della vita (fobie, disturbi ossessivo - compulsivo, e disturbi tipo attacco di panico (prevalenza 1% circa per ciascun disturbo)
- Suicidio: 5.000 suicidi riusciti e più di 100.000 tentati suicidio all'anno; rappresentano il 5% di tutti gli anni di vita persi nelle persone sotto i 75 anni

- Schizofrenia (ed altre psicosi): 1% nel corso della vita
- Disturbo affettivo bipolare: 0.5-1% nel corso della vita
- Disturbi di personalità: 5-10% dei giovani adulti
- Disturbi legati all'alcool: 4.7% degli adulti presenta dipendenza da alcool
- Dipendenza da sostanze: 2.2% (stima in difetto)
- Anoressia nervosa: 9% delle ragazze adolescenti

Legislazione psichiatrica in Italia

- Legge 180 del 1978 —Accertamenti e Trattamenti Sanitari Volontari e Obbligatorii
- Legge 833 del 1978 —Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)
- Aspetti principali
 - ❖ I trattamenti psichiatrici sono generalmente forniti in ambito extraospedaliero
 - ❖ L'obiettivo è curare il paziente nel suo contesto, a livello ambulatoriale, per evitare stigmatizzazione e isolamento
 - ❖ Il ricovero in ospedale, in particolare il ricovero coatto, è soggetto a severe normative.
 - ❖ La riforma psichiatrica ha portato alla chiusura definitiva di tutti gli ospedali psichiatrici
 - ❖ Sono previsti reparti psichiatrici all'interno degli Ospedali Civili, con un numero massimo di 15 letti e un rapporto di 1 letto ogni 100.000 abitanti circa.

Trattamento Sanitario Obbligatorio

- Quando:

- a) il paziente presenta una patologia psichiatrica acuta e grave che necessita di interventi tempestivi
- b) che però egli rifiuta
- c) non esiste la possibilità di effettuare gli interventi terapeutici nelle strutture territoriali esistenti

- Come:

- 1) Un medico compila la Proposta di TSO ed un secondo medico, dipendente dal SSN, compila la Convalida di TSO
- 2) La documentazione viene inviata al Sindaco, che la deve autorizzare esplicitamente prima che il TSO possa essere attuato
- 3) Il Sindaco dà notizia dell'avvenuto TSO al Giudice Tutelare, che può intervenire

- Dove: Il TSO si effettua esclusivamente presso i reparti ospedalieri di psichiatria autorizzati (SPDC)

- Quanto: Il ricovero coatto è breve (7 giorni) e rinnovabile previa comunicazione al giudice tutelare

Accertamento Sanitario Obbligatorio

- Quando: fondato sospetto che il paziente presenta una patologia psichiatrica acuta e grave che necessita di interventi tempestivi
- Come:
 - 1) certificazione medica di proposta contenente le motivazioni che suggeriscono la richiesta di tale provvedimento.
 - 2) la documentazione viene inviata al Sindaco che dispone il provvedimento e dà disposizione ai vigili urbani (ed ev. anche forze dell'ordine) di individuare il paziente e di obbligarlo ad accettare la visita.
- Dove: Nell'ordinanza del Sindaco deve essere specificato dove si intende effettuare l'ASO (ambulatorio, domicilio del paziente, pronto soccorso di ospedale civile ove sia presente una accettazione psichiatrica o sia comunque attivabile una consulenza psichiatrica). Lo psichiatra del servizio pubblico che effettua la visita di accertamento decide sui provvedimenti da prendere (trattamento domiciliare, ricovero volontario, TSO)

Il Sistema Sanitario Lombardo

ATS

Agenzia di Tutela della Salute

Programmazione, controllo e prevenzione. 8 ATS coprono il territorio regionale.

ASST

Az. Socio Sanitaria Territoriale

Erogazione dei servizi. 27 ASST integrano ospedale e rete territoriale.

IRCCS

Istituti Ricerca e Cura

Centri di eccellenza per ricerca clinica avanzata in psichiatria (es. Fatebenefratelli).

La Legge 180/1978 (Basaglia) ha chiuso i manicomi → i servizi psichiatrici si integrano oggi nella rete territoriale e ospedaliera delle ASST.

Dipartimento di Salute Mentale (DSM)

Struttura organizzativa che coordina tutti i servizi psichiatrici di un'ASST su base distrettuale.

CPS

Centro Psico-Sociale

SPDC

Reparto ospedaliero acuti

CRA

Com. Riabilitativa Alta Assistenza

CRM

Com. Riabilitativa Media Assistenza

CD

Centro Diurno

SIL

Serv. Inserimento Lavorativo

Centro Psico-Sociale (CPS) — La Porta d'Accesso

Cosa fa il CPS?

- Primo contatto e valutazione psichiatrica
- Presa in carico ambulatoriale
- Farmacoterapia e follow-up
- Psicoterapia individuale e di gruppo
- Coordinamento con MMG e reparti
- Interventi di crisi (H12 o H24)

Accesso

- Invio dal Medico di Medicina Generale
- Accesso diretto (libero in molte ASST)
- Dimissione protetta dal SPDC
- Segnalazione dai servizi sociali

 **1 CPS ogni ~80.000 abitanti**
(standard regionale Lombardia)

Strutture Residenziali e Semiresidenziali

CRA	Comunità Riabilitativa Alta Assistenza Fase acuta/post-acuta, alta disabilità psichiatrica	H24: ✓ Posti: ≤20
CRM	Comunità Riabilitativa Media Assistenza Fase stabilizzata, programmi riabilitativi intensivi	H24: ✗ Posti: ≤20
CRB	Comunità Riabilitativa Bassa Assistenza (Residenzialità leggera) Autonomia parziale, rientro graduale nel tessuto sociale	H24: ✗ Posti: ≤20
CD	Centro Diurno Servizio semiresidenziale: riabilitazione psicosociale diurna	H24: ✗ Posti: variabile

SPDC — Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

Caratteristiche

- Reparto ospedaliero per acuti (max 15 posti letto per norma)
- Collocato in ospedale generale (mai autonomo)
- Ricoveri volontari (TSV) e obbligatori (TSO)
- Attivo 24/7 con équipe multidisciplinare
- Degenza media: 10–15 giorni

Il TSO — Trattamento Sanitario Obbligatorio

- Condizioni: alterazioni psichiche gravi + rifiuto cure + urgenza
- Proposta: medico (MMG o PS)
- Convalida: secondo medico (spesso psichiatra)
- Autorizzazione: Sindaco del comune
- Durata: 7 giorni, prorogabile
- Controllo: giudice tutelare entro 48 ore

Percorsi di Cura: dal Territorio all'Ospedale

MMG / PS

Primo contatto

CPS

Valutazione & presa in carico

Prog. Terapeutico

Ambulatoriale / domiciliare

SPDC

Se crisi acuta

PERCORSO RIABILITATIVO (post-dimissione / alternativo al ricovero)

CD

Centro Diurno

CRM

Com. Media

CRA

Com. Alta

SIL

Inserim. Lav.

Il Progetto Terapeutico Individuale (PTI) coordina tutti gli interventi e viene aggiornato periodicamente dall'équipe multidisciplinare.

Numeri Chiave in Lombardia

~11M

Abitanti Lombardia

Prima regione italiana

27

ASST

con DSM attivo

~200

CPS / UOP

sul territorio regionale

15

Posti letto SPDC

Max per norma per reparto

~3%

Prevalenza disturbi gravi

su pop. adulta (OMS)

L.180

Riforma Basaglia 1978

Base normativa nazionale

Sfide e Prospettive Future

Criticità

Stigma sociale

Ancora una delle principali barriere all'accesso alle cure

Carenza di personale

Psichiatri, psicologi e infermieri: gap crescente rispetto al fabbisogno

Liste d'attesa

Tempi medi al CPS: 2–6 settimane; urgenza di percorsi preferenziali

Opportunità

Salute mentale digitale

App, telepsichiatria e monitoraggio remoto: nuove opportunità di cura

Integrazione socio-sanitaria

Housing first, budget di salute, reti di welfare community

Salute mentale giovanile

Potenziamento dei servizi NPIA e transizione adolescenti-adulti

Punti Chiave da Ricordare

1. La Legge 180/1978 ha rivoluzionato la psichiatria italiana: chiusura dei manicomi e apertura al territorio
2. Il DSM coordina una rete integrata: CPS → strutture residenziali → SPDC → riabilitazione
3. Il CPS è il fulcro del sistema: primo accesso, presa in carico e continuità delle cure
4. Il TSO è uno strumento eccezionale, con precise garanzie giuridiche e cliniche
5. La sfida è passare da un modello custodiale a uno di recovery e inclusione sociale

NPIA — Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza

Servizio dedicato a soggetti 0–18 anni con disturbi neuropsicologici, psichiatrici e del neurosviluppo. In Lombardia afferisce alle ASST ed è distinto dalla psichiatria adulti.

Principali aree di intervento

- Disturbi dello spettro autistico (ASD)
- ADHD e disturbi dell'attenzione
- Disturbi specifici dell'apprendimento (DSA)
- Psicosi e disturbi dell'umore in età evolutiva
- Disturbi del comportamento alimentare (DCA)
- Disabilità intellettiva e ritardo dello sviluppo

Strutture NPIA

Ambulatori NPIA • Centri Diurni • Comunità terapeutiche residenziali • Day Hospital neuropsichiatrico

⚠ Transizione ai servizi adulti

Il passaggio NPIA → CPS (18° anno) è un momento critico. Lombardia promuove protocolli di transizione condivisi per evitare interruzioni di cura, con presa in carico programmata e passaggio graduale dell'équipe.

Budget di Salute — Uno Strumento di Recovery

Il Budget di Salute (BdS) è un progetto terapeutico individualizzato che integra risorse sanitarie, sociali ed economiche per favorire l'inclusione della persona con disturbo mentale grave nella comunità.

Risorse Sanitarie

Farmaci, visite, psicoterapia, ricoveri,
riabilitazione — gestite dal DSM

Risorse Sociali

Housing, inserimento lavorativo (SIL),
attività ricreative, tutoraggio

Risorse Economiche

Contributi per autonomia abitativa,
formazione professionale, sostegno al
reddito

Come funziona in Lombardia:

Il PTI (Progetto Terapeutico Individuale) definisce obiettivi di salute → il DSM assegna un budget → équipe multiprofessionale + paziente + rete sociale co-gestiscono gli interventi.

Psichiatria Forense — Diritto, Cura e Responsabilità

Concetti giuridici chiave

Imputabilità

Capacità di intendere e volere al momento del reato (art. 85 c.p.)

Vizio totale di mente

Assoluzione per incapacità → misura di sicurezza (art. 88 c.p.)

Vizio parziale di mente

Riduzione della pena + eventuale misura di sicurezza (art. 89 c.p.)

Perizia psichiatrica

Valutazione tecnica disposta dal giudice sull'imputato

REMS — Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza

Hanno sostituito gli OPG (Ospedali Psichiatrici Giudiziari) chiusi nel 2015. Strutture sanitarie a gestione SSN, max 20 posti, gestite dalle ASST con équipe clinica. In Lombardia: REMS di Castiglione delle Stiviere (MN).

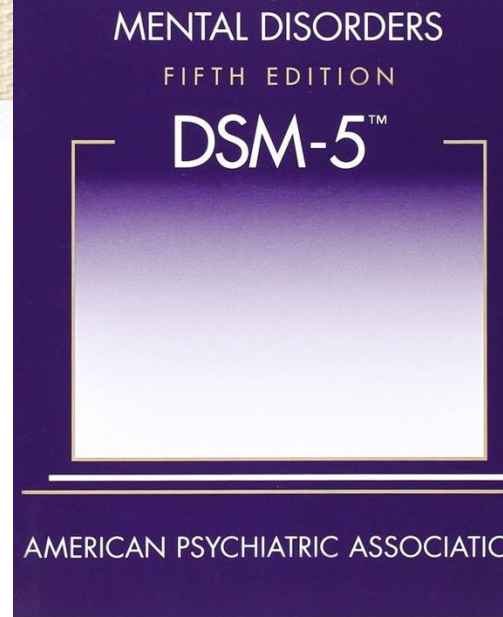
Ruolo dello psichiatra forense

- Perito del tribunale (CTU) o consulente di parte (CTP)
- Valutazione della pericolosità sociale
- Idoneità a stare in giudizio
- Trattamento in REMS e programma di dimissione protetta

L'ultima versione del DSM si basa su un **approccio dimensionale**:

I disturbi vengono interpretati sulla base di variazioni quantitative su varie dimensioni come gravità, personalità, percezione, cognizione, tonalità dell'umore, ecc., immaginando un **continuum** fino alla « normalità » (come nello *Spettro dell'Autismo*).

L'intento è sempre quello di **ridurre la stigmatizzazione** da etichette diagnostiche con una rappresentazione sociale negativa.



[Questa foto](#) di Autore sconosciuto è concesso in licenza da [CC BY-SA](#)

IL DSM 5

Raccoglie e descrive più di **370 disturbi mentali** individuati in base alla presenza di un profilo sintomatologico per ciascuno di essi.

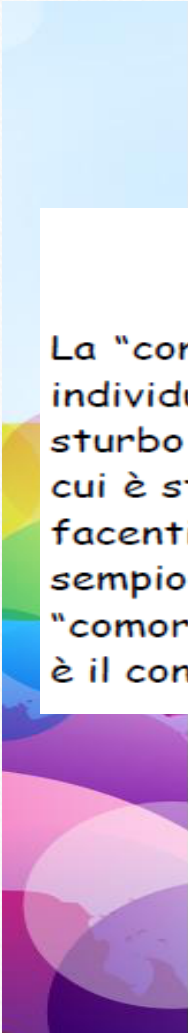
Questa classificazione americana ormai largamente diffusa in tutto il mondo occidentale, è **basata sulla frequenza statistica** delle caratteristiche dei fenomeni descritti.

La prima versione è del 1952 ma la sua diffusione inizia realmente dal **1980**.

Il continuo aggiornamento è opera di un **comitato scientifico** che si avvale della collaborazione di professionisti del sistema sanitario nazionale statunitense (medici, psichiatri, assistenti, infermieri, psicologi, psicoterapeuti, ecc.)

Alcuni esempi di categorie di disturbi:

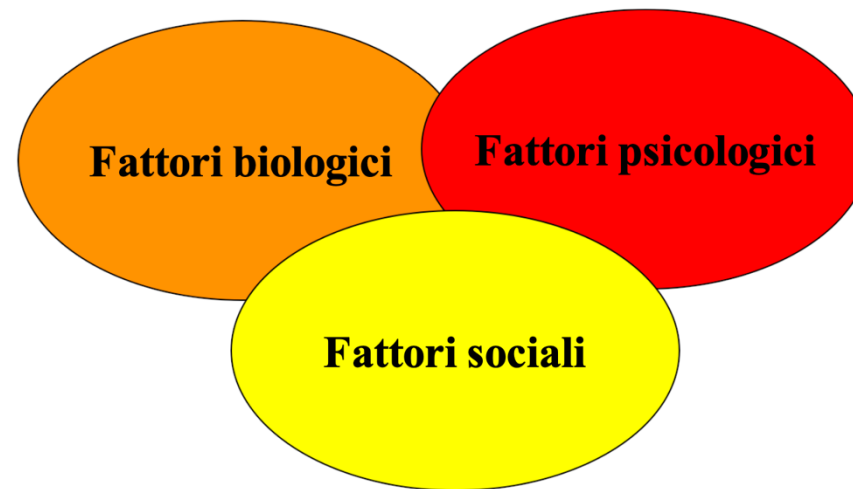
- **Disturbi solitamente diagnosticati per la prima volta nell'infanzia o nell'adolescenza – disturbi del neurosviluppo:** disturbi dell'apprendimento (dislessia), della motricità, del linguaggio, dell'attenzione, ecc.
- **Demenza** (es. Alzheimer), disturbi mnestici e disturbi cognitivi
- **Disturbi correlati a uso di sostanze**
- **Spettro della Schizofrenia**
- **Disturbi bipolari**
- **Disturbi depressivi**
- **Disturbi d'ansia** (es. fobie, attacchi di panico)
- **Disturbi dell'alimentazione** (es. anoressia, bulimia)
- **Spettro dell'Autismo**
- **Disturbi del controllo degli impulsi** (gioco d'azzardo, cleptomania)
- **Disturbi di personalità**



"Comorbidità" o "doppia diagnosi"

La "comorbidità" o "doppia diagnosi" è definita come la "coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico" (OMS, 1995) Una persona con doppia diagnosi è una "persona cui è stato diagnosticato un problema per abuso di alcol o di altre sostanze stupefacenti in aggiunta ad un altro problema solitamente di natura psichiatrica, ad esempio, disturbi depressivi o schizofrenia" (UNODCCP, 2000). In altre parole, per "comorbidità" si intende la coesistenza temporale di due o più disturbi uno dei quali è il consumo problematico di sostanze stupefacenti.

Eziopatogenesi dei disturbi mentali (1)



Eziopatogenesi dei disturbi mentali (2)

Fattori biologici

Alteraz. strutturali SNC

Macroscopiche

Microscopiche

Alteraz. funzionali SNC

Anomalie dei neurotrasmettitori

Fattori genetici

Invecchiamento

Genere

Noxae infettive (precoci)

Fattori perinatali

Endocrinopatie

Periodo post partum

Abuso di sostanze

Eziopatogenesi dei disturbi mentali (3)

Relazione madre-neonato problematica

Ambiente familiare disturbato

Esperienze precoci di perdita o di separazione dalle figure genitoriali

Abuso fisico/sessuale

Eventi di vita

Lutto

Rottura relazione significativa

Pensionamento

Malattia, disabilità



Fattori psicologici

Eziopatogenesi dei disturbi mentali (4)

Classe socio-economica

Urbanizzazione

Supporto sociale

Emigrazione

Convinzioni sulla malattia
mentale



Fattori sociali

Colloquio con paziente psichiatrico

Due aspetti importanti che devono essere entrambi presenti

Aspetti relazionali: si basano sulle capacità di empatia degli interlocutori

Aspetti di contenuto: si basano sull'esame di realtà.

- Empatia: capacità di comprensione del mondo psichico altrui attraverso una parziale identificazione
- Esame di realtà: adesione ad una concezione condivisibile di essa

RICORDARSI DI:

- ❖ Mettere il paziente a proprio agio
- ❖ Essere neutrali
- ❖ Evitare giudizi, pregiudizi, prendere le parti per o contro il paziente

Esame delle condizioni mentali

1. Descrizione generale
2. Umore e affettività
3. Linguaggio
4. Sensopercezione
5. Pensiero
6. Coscienza e capacità cognitive
7. Insight