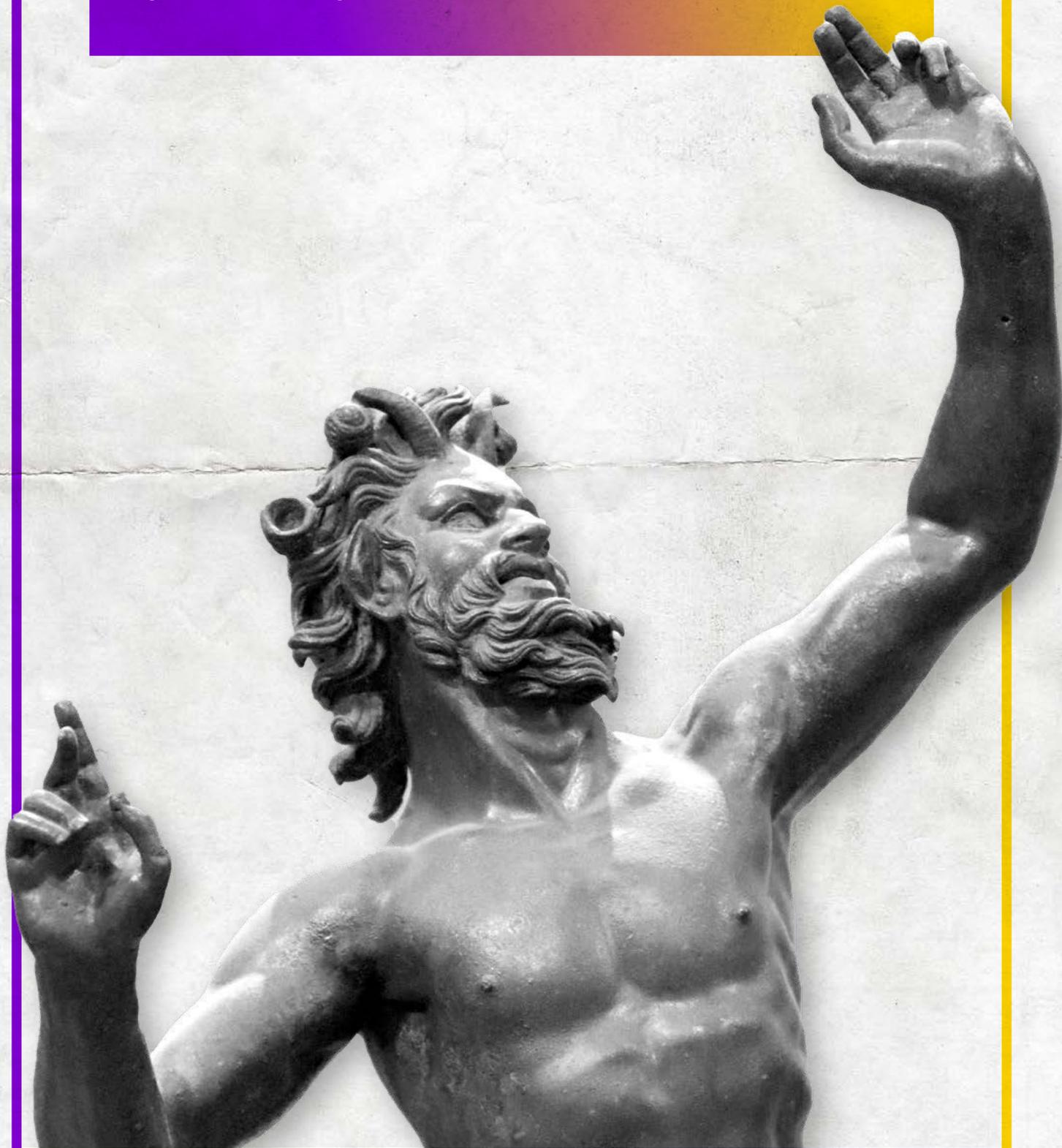




PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

Anno XXXVII • 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:
Massimo Clerici (Monza)
Mauro Percudani (Milano Niguarda)

Comitato Scientifico:
Carlo Fraticelli (Como)
Giovanni Migliarese (Vigevano)
Gianluigi Tomaselli (Triviglio)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Gianmarco Giobbio (San Colombano)
Luisa Arosio (Voghera)
Carla Morganti (Milano Niguarda)
Federico Durbano (Melzo)
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)
Camilla Callegari (Varese)
Antonio Magnani (Mantova)
Laura Novell (Bergamo)
Pasquale Campajola (Gallarate)
Giancarlo Belloni (Legnano)
Marco Toscano (Garbagnate)
Antonio Amatulli (Vimercate)
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)
Emi Bondi (Bergamo)
Pierluigi Politi (Pavia)
Emilio Sacchetti (Milano)
Alberto Giannelli (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Massimo Rabboni (Bergamo)

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

Art Director:
Paperplane snc

**Gli articoli firmati esprimono esclusivamente
le opinioni degli autori**

COMUNICAZIONE AI LETTORI

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

EDITORE:

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

IN PRIMO PIANO

4 La Depressione Maggiore nei Servizi di Salute Mentale: strategie di impegno per la salute dei cittadini
di Cerveri G.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

11 Percorsi di cura e assistenza nei servizi territoriali: gruppo psicoeducazione evidence-based per giovani
di Berto E., Marchetti M., Manzone M.L.

18 La crisi della Salute Mentale con la crisi di tutto il SSN: quale destino?
di Ceglie R.

31 Utilizzo di Esketamina in CPS nel trattamento della Depressione Resistente: dati preliminari di efficacia
di De Martino C., Porcellana M., Concetto M. O., Zapparoli A., Giori C., Lawretta G., Marangelli D., Nibali L. T., Raimondo F., Bassetti R., Percudani M.

37 Tecniche di de-escalation nella prevenzione delle acuzie eteroaggressive: uno studio cross-sectional
di Galli M., Marcelli S., Gatti C., Traini T., D'Angelo G.

45 Prima di Basaglia: storia dell'organizzazione giuridica degli interventi psichiatrici di internamento
di Novaro C.

50 Sulle sfide di Franco Basaglia (e le nostre). Riflessioni a cent'anni dalla nascita
di Peloso P. F.

55 L'esperienza psichedelica. Fenomenologia e dinamica di uno stato di coscienza
di Toscano M.

CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

66 CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M. SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE
Il Budget di Salute sostegno alla vita indipendente e all'inclusione sociale della persona con disagio mentale
di Moro Cesare G., De Paola T.

74 CONTRIBUTO AITERP ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA E PSICOSOCIALE
"Non voglio pesce tutti i giorni voglio imparare a pescare". Il modello Spinazzola per i pazienti psichiatrici autori di reato
di Decorato G., Scagliarini V., Fioletti B.

SEZIONE PSICHIATRIA NARRATIVA

81 Gli psichiatri non sanno più ascoltare le storie.
Storia di un banale turno del lunedì mattina
di Grasso F.

IN COPERTINA: Fauno danzante, ca. 49-1 AC, Casa del Fauno, Pompei,
Gary Todd from Xinzheng, China, Public domain, da Wikimedia Commons

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



CONTRIBUTI DA ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE E AREE PROFESSIONALI

CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.
SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE

Il Budget di Salute sostegno alla vita indipendente e all'inclusione sociale della persona con disagio mentale

*Moro Cesare G. *, De Paola T.°*

Il presente lavoro si concentra sull'analisi e la valutazione del modello del "Budget di Salute" nell'ambito della politica socio-sanitaria, che è un modello innovativo costituito dall'insieme delle risorse economiche, professionali, umane e relazionali.

L'obiettivo principale del "Budget di Salute" è quello di promuovere la solidarietà sociale e di trasformazione, in costi della cura e dell'assistenza in investimenti produttivi per la salute delle persone.

A differenza dei tradizionali interventi nel settore sociosanitario, il modello del "Budget di Salute" si concentra sull'individuo, mirando a potenziare le capacità e il potere contrattuale degli utenti. Attraverso l'accesso

facilitato alla formazione, al lavoro, alla socialità e all'abitare, si mira a favorire l'inclusione sociale e a promuovere il concetto di "Recovery".

Quest'ultimo implica un cambiamento di prospettiva, mettendo l'accento sulle risorse e sui punti di forza dell'individuo anziché focalizzarsi esclusivamente sui deficit da correggere. L'obiettivo è consentire a ogni individuo di riacquistare un'identità e un ruolo che non siano semplicemente quelli di un paziente con disagio mentale.

Il Budget di Salute (BdS), costituito dall'insieme delle risorse economiche, professionali, umane e relazionali, è uno strumento generativo che contribuisce alla realizza-

zione di percorsi di cura nell'ambito di Progetti di Vita personalizzati in grado di garantire l'esigibilità del diritto alla salute attraverso interventi sociosanitari fortemente integrati e flessibili¹.

Il modello del BdS si è sviluppato per la prima volta negli Stati Uniti a partire dagli anni '90, ed era considerato come uno strumento flessibile strutturato in base ai bisogni dell'utente e caratterizzato, quindi, dal finanziamento di determinati servizi rivolti ad individui portatori di disabilità.

In Italia si deve al documento della Conferenza Unificata Stato Regioni del 30 giugno 2022 "*Linee programmatiche: progettare il budget di salute con la persona*" l'estensione a tutte le Regioni italiane e, non solo, a quelle che avevano avviato in via sperimentale il progetto.

Il progetto basa le sue fondamenta nel modello bio-psi-co-sociale e mira alla creazione di progetti individualizzati territoriali plasmati sull'individuo e i suoi bisogni, con il costante coinvolgimento della rete sociale (comunità sociale, famiglia, servizi socio-sanitari pubblici e privati). Rappresenta, quindi, un'opportunità di attuare percorsi di sostegno alla salute delle persone fragili attraverso l'integrazione di interventi sociali e sanitari².

Il BdS si configura non come prestazione a sé stante, ma come progetto individuale che coinvolge e trasforma il soggetto stesso, la sua comunità e la centralità della persona e delle sue relazioni, richiedendo servizi efficienti e l'integrazione delle risorse e obiettivi ben definiti³. Attraverso questo strumento, vengono progettati percorsi riabilitativi individuali in determinate aree, quali:

1. **Casa/Habitat sociale:** conseguimento della casa/habitat sociale, in forma singola o mutualmente associata (gruppi di convivenza). Le abitazioni possono

avere forme di supporto differenziate, in relazione alla scelta delle stesse persone, e si può fornire sostegno attivo temporaneo, finalizzato all'autonomia nella gestione del quotidiano e del proprio ambiente di vita, attraverso interventi domiciliari.

2. **Affettività sociale:** concrete risposte ai bisogni delle persone nell'area delle relazioni attraverso attività finalizzate alla costruzione di reti amicali/sociali utili alla restituzione di una identità sociale alla persona.
3. **Formazione/lavoro:** come intervento socio-riabilitativo e per la partecipazione attiva alla vita di comunità o come formazione professionale e pratica di un'attività lavorativa supportata, oppure come sostegno alla ricerca e all'accompagnamento al lavoro delle persone in età lavorativa, con finalità emancipate e di acquisizione di reddito.

In relazione ai bisogni dei singoli si verranno a configurare modalità di risposta maggiormente orientate a una o più aree e, in base alla complessità delle problematiche sociosanitarie, si prevedono tre livelli di intensità progettuale (alta, media e bassa) e di investimento attraverso al Budget di Salute.

Tuttavia, le aree non sono di fatto separabili ma strettamente interdipendenti e dovranno sempre essere tenute in considerazione, in forma integrata, nel progetto personalizzato che si sviluppa concretamente ed operativamente nel funzionamento personale e sociale degli individui, ovverosia dei funzionamenti indispensabili per essere a pieno titolo un cittadino.

Elemento centrale del BdS è la co-gestione che consiste in un patto sociale etico tra pubblico e privato, teso ad incentivare un'alleanza tra organizzazioni sociali, sanitarie e terzo settore inteso come insieme di enti di carattere privato che agiscono in diversi ambiti, dall'assistenza alle persone

1. Gruppo Solidarietà., Disponibile all'indirizzo: www.grusol.it/informazioni/25-05-22.PDF

2. www.sogniebisogni.it, Riabilitazione e recovery; Disponibile all'indirizzo: www.sogniebisogni.it/tematiche/budget-di-salute-e-recovery

3. Righetti A., I Budget di Salute e il welfare di comunità. Metodi e pratiche. Laterza, 2013.

con disabilità alla tutela dell'ambiente, dai servizi sanitari e socio-assistenziali all'animazione culturale, a sostegno della persona con un bisogno sociosanitario complesso. La co-gestione deve promuovere, quindi, interventi socio-sanitari per il potenziamento delle risorse presenti.

La metodologia del BdS orienta gli operatori pubblici, privati, gli utenti stessi e i loro contesti, verso il recupero, la valorizzazione e il sostegno di sistemi del benessere comunitario e familiare (Welfare di comunità).

Il **Welfare Community** indica, un modello di politica sociale che, modificando profondamente i rapporti tra istituzioni e società civile, garantisce maggiore soggettività e protagonismo alla società civile, aiutandola nella realizzazione di un percorso di auto-organizzazione e di autodeterminazione fondato sui valori comunitari della solidarietà, della coesione sociale e del bene comune⁴.

Il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) rappresenta, pertanto, il dispositivo di programmazione e di definizione degli interventi riabilitativi, a partire dagli specifici bisogni del paziente e dalle risorse presenti, tanto personali quanto contestuali. Costituisce lo strumento concreto, che descrive il processo che va dalla presa in carico della persona, con la definizione dei suoi bisogni, fino alla formulazione di un progetto di intervento, risultato della collaborazione e della comunicazione tra le varie componenti della rete della persona: la famiglia, i diversi servizi sanitari e sociali e la comunità interna come luogo di vita della persona.

È necessario che il PTRI sia individuale, centrato sulla persona, sulla sua domanda e sui suoi bisogni, e non sull'offerta dei servizi. Deve essere personale, tarato sulle reali abilità e

competenze della persona e condiviso, cioè concordato e in co-progettazione con la Cooperazione Sociale, gli Enti locali, gli utenti e i familiari, il volontariato e gli altri soggetti pubblici e privati del sistema di welfare e della comunità.

Altra premessa importante è che gli interventi riabilitativi del BdS siano integrati e non separati dal trattamento di cura e dal progetto di vita, che non siano considerati attività fine a se stesse e che costituiscano una prassi terapeutica e sociale che pone la persona e il suo benessere al centro del lavoro dell'équipe curante e dei Servizi coinvolti.

Grazie alla diffusione di questo modello, ci troviamo di fronte alla trasformazione delle risposte che i Servizi di Salute Mentale forniscono al portatore di sofferenza psichica: si passa dal finanziamento di "strutture contenitori" al finanziamento dei progetti personalizzati sul territorio.

Il modello del BdS vede l'individuo portatore di sofferenza psichica come una **persona** nella sua interezza, che ha diritto a una valutazione multidimensionale e multiprofessionale: non si parla più di assistenza sanitaria, bensì di promozione della salute e sviluppo economico-sociale⁵.

Dalla revisione della letteratura si può sostenere che **il BdS rappresenta un metodo indispensabile nella riabilitazione psichiatrica**. Attraverso una corretta allocazione delle risorse, il BdS permette di soddisfare le esigenze specifiche di ciascun individuo, **promuovendo l'empowerment e la partecipazione attiva del paziente** nel suo percorso di riabilitazione.

Dall'analisi della letteratura si evidenzia anche la necessità di un **approccio multidisciplinare e collaborativo nella gestione del BdS**⁶.

4. Isole nella Rete., Per un welfare di comunità., Disponibile all'indirizzo: www.ecn.org/diversamente/forum/wel_com.htm#:~:text=Parliamo%20di%20%22comunit%C3%A0%20solidale%22%20o%20di%20welfare%20community,solidariet%C3%A0%2C%20della%20coesione%20sociale%20e%20del%20bene%20comune

5. Convegno Budget di Salute e progetti individualizzati., Esperienze in corso, a cura di ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda. Milano 2019.

6. Letícia da Silva Schran., Università Federale di Rio Grande do Sul., Escola de Enfermagem., La percezione del team multidisciplinare sulla struttura dei servizi di salute mentale: studio fenomenologico, 2019.

La letteratura sostiene inoltre che, la funzione di Case Manager in campo comunitario, sia culturalmente da attribuire all'Infermiere. La nascita del modello del Case Management in ambito sanitario e socio-sanitario, ha portato all'individuazione del Case Manager nell'Infermiere (ICM). Il profilo professionale ed il codice deontologico dell'Infermiere hanno al loro interno i presupposti teorici perché l'infermiere, con adeguato percorso formativo (Master, Corsi di perfezionamento) possano agire, all'interno dell'équipe di riferimento, la funzione di "referente del percorso di cura". Il recente "Position Statement dell'Infermiere in Salute Mentale e Psichiatria" siglato dalla S.I.S.I.S.M. e dalla FNOPI sostiene tale funzione ribadendo la centralità dell'Infermiere nel prendersi cura, in maniera integrata, dei bisogni della persona. La presenza dell'Infermiere, con modello organizzativo assistenziale di Case Management, in numerosi contesti, dimostra la sua importanza nell'integrazione orizzontale dell'assistenza tra servizi sanitari, servizi sociali e altri settori, nonché l'integrazione verticale tra i servizi sanitari primari, comunitari, ospedalieri e terziari. Il coinvolgimento degli Infermieri di Salute Mentale e Psichiatria, con la loro esperienza e le loro competenze, degli altri membri dell'équipe multiprofessionale e dei familiari/caregivers è fondamentale per garantire una valutazione accurata dei bisogni e la definizione di un'assistenza personalizzata con interventi mirati centrati sul paziente.

Altro dato emerso dalla revisione bibliografica ha riguardato l'efficacia del modello di **assistenza domiciliare** nel contesto del BdS. I risultati evidenziano che l'assistenza domiciliare gestita e coordinata da un Infermiere Case Manager (ICM) può portare a comportamenti positivi per la salute e migliorare l'esito delle malattie croniche.

L'infermiere, nel ruolo di **Home Care Case Management**⁷, svolge un ruolo fondamentale nell'implemen-

tazione del BdS, garantendo una gestione efficace delle cure e una migliore qualità della vita per i pazienti.

Il processo di revisione sistematica ha evidenziato dei limiti dovuti alla scarsità di studi scientifici inerenti la tematica trattata. Tutto ciò dovuto non solo alla difficoltà di confronto tra i diversi Paesi che utilizzano il modello del BdS a causa delle profonde differenze nel Sistema Sanitario di riferimento, ma anche alla limitata ampiezza/numerosità del campione di molti studi, dal disegno prevalentemente qualitativo e dall'assenza di strumenti validati per la misurazione degli esiti. Gli studi inclusi nella ricerca bibliografica effettuata per il presente lavoro contenevano, inoltre, dei campioni non sempre rappresentativi della popolazione considerata e, alcune volte, erano carenti sia di una descrizione completa del fenotipo dei pazienti sia di informazioni sulle risorse economiche impiegate nel BdS. Alla luce di quanto riportato, è possibile formulare alcune considerazioni generali.

I risultati positivi riguardanti le persone affette da disturbi di Salute Mentale che utilizzano il BdS sono stati confermati in termini di scelta e controllo del paziente nel percorso di recupero. L'utilizzo del modello ha dimostrato diversi benefici, tra cui il coinvolgimento attivo del paziente nella messa in atto del PTRI, il coinvolgimento delle parti interessate, l'implicazione del personale sanitario nel processo decisionale (ICM) e un accesso tempestivo e adeguato alle cure. Dalla revisione della letteratura emerge un'alta soddisfazione dei pazienti e dei familiari/caregivers riguardo all'implementazione del modello del BdS. Infatti, si sottolinea come il modello abbia migliorato gli esiti clinici degli utenti, la loro qualità di vita, l'impegno nel lavoro retribuito, le esperienze lavorative e l'indipendenza, influenzando positivamente l'intera famiglia/caregivers e il contesto di supporto. Le evidenze bibliografiche hanno, inoltre, dimostrato che il BdS ha promosso cambiamenti significativi nell'utilizzo delle risorse e nell'adozione di approcci di intervento personalizzati,

7. Lisa Garland-Baird., Facoltà di Infermieristica., Università di Alberta., Edmonton., Alberta., Concettualizzazione del modello di assistenza cronica: implicazioni per la pratica del Case Manager dell'assistenza domiciliare, 2018.

generando dei risparmi sui costi per le famiglie/caregivers e sui Sistemi Sanitari. Alcuni studi hanno presentato delle preoccupazioni sull'applicazione del modello del BdS: alcuni familiari/caregivers hanno riscontrato difficoltà e stress nel gestire le procedure connesse al BdS e hanno percepito una diminuita partecipazione nella cura dei propri cari; alcuni professionisti hanno considerato l'iter amministrativo legato al BdS come un sovraccarico lavorativo⁸. L'introduzione di una sperimentazione e l'utilizzo, su scala nazionale, del BdS rappresenta un incoraggiante passo avanti per la promozione della salute e, soprattutto, per l'aumento dei PTRI per ciascun individuo. L'esperienza territoriale di questi anni potrebbe contribuire alla creazione di un nuovo sistema di welfare a livello comunitario, al fine di arricchire l'offerta di cure adeguate e strumenti di integrazione socio-sanitaria sul territorio⁹.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Coordinatore Aziendale UONPIA DSM-D ASST Bergamo*

Ovest – Presidente S.I.S.I.S.M

° *U.O Formazione e Sviluppo delle Competenze – ASL Roma*

1 F.O Gestione Rete Corsi di Laurea Universitari Professioni

Sanitarie e Sociali- Docente a contratto Sapienza Università di

Roma e Università Sacro cuore; Vicepresidente S.I.S.I.S.M

8. Il Budget di Salute negli indirizzi nazionali - Welforum; Disponibile all'indirizzo: www.welforum.it/il-budget-di-salute-negli-indirizzi-nazionali

9. Ibidem

BIBLIOGRAFIA

1. Ba G., *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*, Franco Angeli, Milano, 2016.
2. Basaglia F., *L'istituzione negata*, G. Einaudi, Torino, 1968, p 385.
3. Basaglia F., *Psychiatry inside out: selected writings of Franco Basaglia*, Columbia University Press, New York, 1987, p 318.
4. Carozza P., *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione*, Franco Angeli, Milano, 2006, p 361.
5. Carozza P., *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione*, Franco Angeli, Milano, 2016, p 496.
6. Cintia Nasi., Jaco Fernando Schneider., *Il Centro di Assistenza Psicosociale nella vita quotidiana dei suoi pazienti*. Scuola per Infermieri dell'Università Federale del Rio Grande do Sul, 2009.
7. Congresso italiano di scienze biologiche e morali Roma., *Sanità mentale ed assistenza psichiatrica*. Roma: Accademia italiana di scienze biologiche e morali, 1965, p 294.
8. Convegno Budget di Salute e progetti individualizzati., *Esperienze in corso*, a cura di ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano, 2019.
9. Decreto del presidente della Repubblica (DPR) del 7 aprile 1994., *Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1994-1996*.
10. Franz A., *The history of psychiatry: An evaluation of psychiatric thought and practice from prehistoric times to the present*. Northvale, N.J., J. Aronson, 1995, p 471.
11. Gaia Sampogna., Mario Luciano., *Stile di vita nei pazienti con gravi disturbi mentali: un nuovo obiettivo per gli interventi psicosociali?* Dipartimento di Psichiatria, Università della Campania "L. Vanvitelli", Napoli, 2021.
12. Letícia da Silva Schran., Università Federale di Rio Grande do Sul., Escola de Enfermagem., *La percezione del team multidisciplinare sulla struttura dei servizi di salute mentale: studio fenomenologico*, 2019.
13. Lisa Garland-Baird., Facoltà di Infermieristica., Università di Alberta., Edmonton., Alberta., *Concettualizzazione del modello di assistenza cronica: implicazioni per la pratica del Case Manager dell'assistenza domiciliare*, 2018.
14. M Kageyama., *Validità e affidabilità della Family Empowerment Scale per i caregiver di adulti con problemi di salute mentale*, 2016.
15. Maria Morzycka-Markowska., Chair and Department of Psychiatry., *La deistituzionalizzazione nella psichiatria italiana – il percorso e le conseguenze Parte II. Le conseguenze della deistituzionalizzazione*, Medical University of Warsaw, 2015.
16. Percudani M., Cerati G., Petrovich L., Vita A., *La psichiatria di comunità in Lombardia - Il piano regionale per la salute mentale Lombardo e le sue linee di attuazione*, McGraw-Hill Education, 2004-2012.
17. Righetti A., *I Budget di Salute e il welfare di comunità*. Metodi e pratiche. 2013^{ed}: Laterza.
18. Roccatagliata G., *Storia della psichiatria antica*. Milano: U. Hoepli; 1974, p 351.

SITOGRAFIA

1. Cliccascienze., Case management - cliccascienze; Disponibile all'indirizzo: https://www.cliccascienze.it/scienze-umane-e-management/case-management/?utm_content=cmp-true. (Data ultimo accesso 08/05/2024)
2. Crescita Personale e benessere psicologico., – Crescita Personale.it. *I benefici del lavoro in equipe multidisciplinare* – [crescita-personale.it](https://www.crescita-personale.it/articoli/relazioni/vita-sociale/i-benefici-del-lavoro-in-equipe-multidisciplinare.html); Disponibile all'indirizzo: <https://www.crescita-personale.it/articoli/relazioni/vita-sociale/i-benefici-del-lavoro-in-equipe-multidisciplinare.html>. (Data ultimo accesso 12/05/2024).

3. Focus.it., *Come si curavano le malattie mentali una volta?* – focus.it; 10 ottobre 2022. Disponibile all'indirizzo: <https://psiche.org/articoli/storia-malattia-mentale/> (Data ultimo accesso 12/04/2024)
4. Gruppo Solidarietà., Disponibile all'indirizzo: <http://www.grusol.it/informazioni/25-05-22.PDF>. (Data ultimo accesso 12/05/2024)
5. *Il Budget di Salute negli indirizzi nazionali* - Welforum; Disponibile all'indirizzo: <https://www.welforum.it/il-budget-di-salute-negli-indirizzi-nazionali/>. (Data ultimo accesso 12/05/2024)
6. Il Sole & le Nuvole., *Legge Basaglia: dopo 41 anni resta molto da fare* – Il Sole & le Nuvole. Disponibile all'indirizzo: <https://www.ilsoleelenuvole.it/legge-basaglia/>. (Data ultimo accesso 18/04/2024)
7. Isole nella Rete., *Per un welfare di comunità.*, Disponibile all'indirizzo: http://www.ecn.org/diversamente/forum/wel_com.htm (Data ultimo accesso 12/05/2023)
8. La costituzione – articolo 32 senato della repubblica <https://www.senato.it/istituzione/la-costituzione/parte-i/titolo-ii/articolo-32> (Data ultimo accesso 13/04/2024).
9. Ministero della Salute., Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2460_allegato. (Data ultimo accesso 12/05/2024)
10. Musei Civici Reggio Emilia, la legge del 1904 sui manicomi e gli alienati. Disponibile all'indirizzo: <https://www.musei.re.it/collezioni/museo-di-storia-della-psichiatria/prima-sala-cronologia/la-legge-del-1904-sui-manicomi-e-gli-alienati/>. (Data ultimo accesso 12/05/2024)
11. Nurse 24.it. *I servizi di salute mentale tra recovery e resilienza*; Disponibile all'indirizzo: <https://www.nurse24.it/specializzazioni/salute-mentale/servizi-salute-mentale-recovery-resilienza.html>. (Data ultimo accesso 29/04/2024)
12. Nurse24.it., Case Manager *Infermiere, importante agente di cambiamento*; Disponibile all'indirizzo: <https://www.nurse24.it/specializzazioni/infermiere-case-manager-importante-agente-di-cambiamento.html>. (Data ultimo accesso 23/05/2024)
13. Nurse Times, Disponibile all'indirizzo: <https://nursetimes.org/>. (Data ultimo accesso 07/05/2024)
14. Nurse24.it., Case Manager *Infermiere, importante agente di cambiamento*; Disponibile all'indirizzo: <https://www.nurse24.it/specializzazioni/infermiere-case-manager-importante-agente-di-cambiamento.html>. (Data ultimo accesso 12/05/2024)
15. Passaggi Lenti, | *Consigli di viaggi a piedi per un turismo sostenibile*. Legge Basaglia. Come arrivò alla chiusura dei manicomi; Disponibile all'indirizzo: <https://www.passaggilenti.com/legge-basaglia-chiusura-dei-manicomi/>. (Data ultimo accesso 03/04/2024)
16. Psiche.org., *La storia della malattia mentale* – psiche.org. Disponibile all'indirizzo: <https://psiche.org/articoli/storia-malattia-mentale> (Data ultimo accesso 03/04/2024)
17. ReadkonG.com., – “*Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1994-1996*” – Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994; Disponibile all'indirizzo: <https://it.readkong.com/page/progetto-obiettivo-tutela-salute-mentale-1994-1996-3679123>. (Data ultimo accesso 20/04/2024).
18. Sirp – società di riabilitazione psicosociale, Errepiesse – sirp – società italiana di riabilitazione psicosociale; disponibile all'indirizzo: <https://www.riabilitazionepsicosociale.it/errepiesse/>. (Data ultimo accesso 09/04/2024)
19. Villa Dei Pini, *Diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi psichiatrici*. Disponibile all'indirizzo: https://villadeipini.com/site/wp-content/uploads/2018/04/Riabilitazione-a-VdP-22_4_18.pdf (Data ultimo accesso 12/05/2024)
20. www.sogniebisogni.it., *Riabilitazione e recovery*; Disponibile all'indirizzo: <https://www.sogniebisogni.it/tematiche/budget-di-salute-e-recovery>. (Data ultimo accesso 06/05/2024)

21. www.psychiatryonline.it, *Empowerment e competenza individuale delle risorse umane in politica sanitaria per la salute mentale* www.psychiatryonline.it Disponibile all'indirizzo: <http://www.psychiatryonline.it/node/1205> (Data ultimo accesso 12/05/2024)

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 Lombardia
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