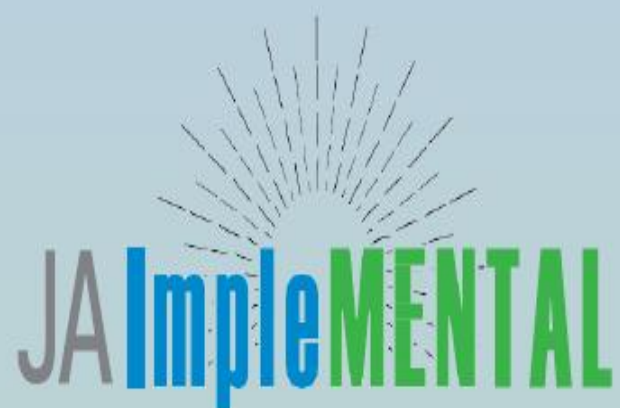




Joint Action on Implementation of Best Practices in the area of Mental Health

**Joint Action ImpleMENTAL: dal progetto
europeo all'azione migliorativa di Regione
Lombardia**

Joint Action ImpleMENTAL: dal progetto europeo all'azione migliorativa di Regione Lombardia

Il rapporto è stato curato da Antonio Lora, Stefania Pollice, Teresa di Fiandra, Stefania Palumbo, Simonetta Martini, Chloé Lefevre e Marco Sacco



Ringraziamenti

I dirigenti ed i funzionari della **Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia** e di **ARIA** che in questi anni hanno lavorato in modo continuativo per lo sviluppo della Joint Action ImpleMENTAL (Mara Lucilla Mondani, Mariella De Biase, Nicolo Bondioli, Alessandro Amorosi, Ivan Limosani, Giulia Vallerani, Vanna Poli, Riccardo Ghisoni, Paolo Tacchino, Marcello Melgara e Daniele Miccoli).

Il Direttore Generale Marco Trivelli, il Direttore Sociosanitario Gianluca Peschi della **ASST Lecco** ed i dirigenti e funzionari che hanno seguito il progetto all'interno della ASST (Anna Perego, Luisa Fumagalli, Denise Brenna, Enrico Guido Ripamonti, Valerio Cagnazzo e Simona Mapelli).

Il **Gruppo di Consultazione** (formato da Ivan Limosani, Vanna Poli, Antonio Vita, Simonetta Spada, Cesare Moro, Antonella Costantino, Roberta Rossi, Giovanni De Girolamo, Angelo Barbato, Barbara d'Avanzo, Maria Gorlani, Francesco Baglioni, Maria Rosa Santomauro, Michele Sanza) ha accompagnato lo sviluppo del progetto di implementazione lombardo, migliorandolo e aiutando a creare la rete tra gli stakeholder regionali.

Un ultimo ringraziamento, molto sentito, agli operatori delle **Equipe di Implementazione dei DSMD lombardi**, senza i quali questo progetto non sarebbe mai nato né arrivato ai risultati ottenuti.

INDICE

1. IL PROGETTO EUROPEO JOINT ACTION IMPLEMENTAL	p. 6
2. JOINT ACTION IMPLEMENTAL; IL PROGETTO PILOTA LOMBARDO	p. 9
2.1 LA FASE DI PRE-IMPLEMENTAZIONE	p. 9
2.1.1 Il SANA e il <i>Country Profile</i>	p. 10
2.1.2 L'analisi SWOT	p. 11
2.1.3 Il Modello <i>Theory of Change</i>	p. 11
2.2 LA FASE DI IMPLEMENTAZIONE	p. 12
2.2.1 Il Piano di Azione del progetto pilota	p.12
2.2.2 L'attivazione del Gruppo di Implementazione Regionale e del Piano di Azione	p.14
2.2.3 La formazione	p.14
2.2.4 L'attivazione dell'Équipe di Implementazione e del Piano di Azione	p.16
2.2.5 L'arruolamento pazienti, gli Interventi psicosociali e la rete	p.18
2.2.6 La comunicazione	p.23
2.2.7 Il Monitoraggio del progetto tramite il Sistema Informativo Socio-Sanitario e il Questionario sullo stato di avanzamento dell'implementazione pilota	p.24
2.2.8 Il punto di vista degli operatori delle Équipe di Implementazione	p.24
2.2.9 Il punto di vista delle Associazioni Familiari	p.25
2.3 LA SOSTENIBILITÀ (FASE DI POST-IMPLEMENTAZIONE)	p.26
3. JOINT ACTION IMPLEMENTAL : LE LEZIONI APPRESE	p.27

Abbreviazioni

ARIA: Azienda Regionale Innovazione e Acquisti

BP: Best Practice

DBP: Disturbo Borderline di Personalità

DP: Disturbi di Personalità

El : Equipe di Implementazione

JA : Joint Action

M: mese

MHIS: *Mental Health Information System*

PAP: *Pilot Action Plan*

PA: Piano di Azione

PTI: Piani di Trattamento Individuale

SANA: *Situation Analysis Needs Assessment*

ToC: *Theory of Change*

UONPIA: Unità Operativa Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza

UOP: Unità Operativa di Psichiatria

WP: *Work Package*

Figure

Figura 1. Articolazione dei *Work Package*

Figura 2. Paesi aderenti al WP5

Figura 3. Contenuto della Best Practice per i singoli Paesi aderenti

Figura 4. Framework del WP5 secondo le fasi della JA

Figura 5. Panoramica dei processi e degli strumenti

Figura 6. Analisi SWOT a livello regionale

Figura 7. Cronoprogramma della BP locale e regionale

Figura 8. Il percorso formativo a fasi

Figura 9. ASST tra formazione e implementazione

Figura 10. Mappa regionale delle ASST aderenti

Figura 11. El e numero di operatori

Figura 12. Operatori coinvolti nella formazione e nel processo di implementazione

Figura 13. El e profili professionali

Figura 14. ASST per numero di pazienti arruolati

Figura 15. ASST per numero di interventi individuali e di gruppo erogati

Figura 16. Pazienti e familiari secondo gli interventi psicosociali dei primi tre mesi di presa in carico

Figura 17. ASST per frequenza di utilizzo degli strumenti di valutazione iniziale del paziente

Figura 18. ASST per numero di gruppi di *Social Skills* implementati

Figura 19. ASST per numero di gruppi di *Family Connection* implementati

Figura 20. Piani di Trattamento Individuale e pazienti

Figura 21. Piani di Trattamento Individuale e loro integrazione con gli altri servizi territoriali

Figura 22. Pazienti e *Case Manager*

Allegati

Allegato 1. *Country Profile*

Allegato 2. SWOT: rationale e istruzioni

Allegato 3. Modello *Theory of Change* regionale

Allegato 4. Piano di Azione Pilota regionale

Allegato 5. Convegno 9 maggio 2024

Allegato 6. Questionario di avanzamento

Allegato 7. Guida alla compilazione della Semplice Roadmap

Allegato 8. La *Roadmap* Regionale

1. IL PROGETTO EUROPEO *JOINT ACTION IMPLEMENTAL*

La *Joint Action ImpleMENTAL* è un progetto di durata triennale finanziato dalla Unione Europea, mirato a **migliorare la salute mentale** della popolazione attraverso il **cambiamento innovativo e sostenibile del sistema di salute mentale** e fondato sul **trasferimento e sull'implementazione pilota di due Buone Pratiche (BP) preselezionate**:

- il **modello** legato alla **riforma belga di BP**, finalizzato al miglioramento del sistema di salute mentale a livello territoriale, cui hanno aderito 14 Paesi (sviluppato dal **Work-package 5 - WP5**).

- la **BP austriaca SUPRA** di elaborazione di una strategia multilivello di prevenzione del suicidio cui hanno partecipato 17 Paesi (sviluppato dal **WP6**).

Nella JA, il WP5 e il WP6 rappresentano due WP “tecnici”, incaricati di implementare le due BP e si inseriscono all'interno di un sistema di altri WP trasversali di seguito riportati, che supportano l'attività dei due WP “tecnici”.

Figura 1. Articolazione dei Work Package

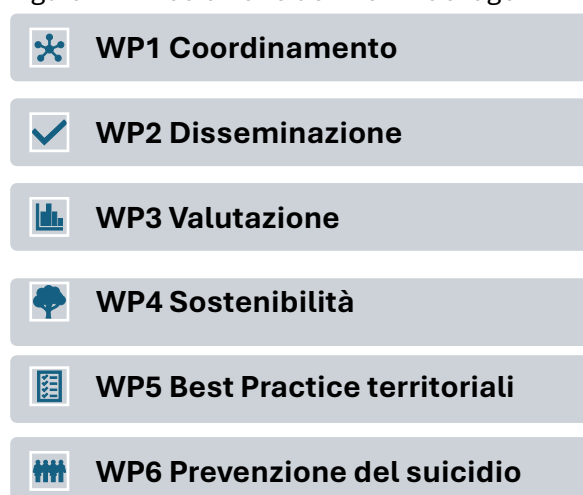
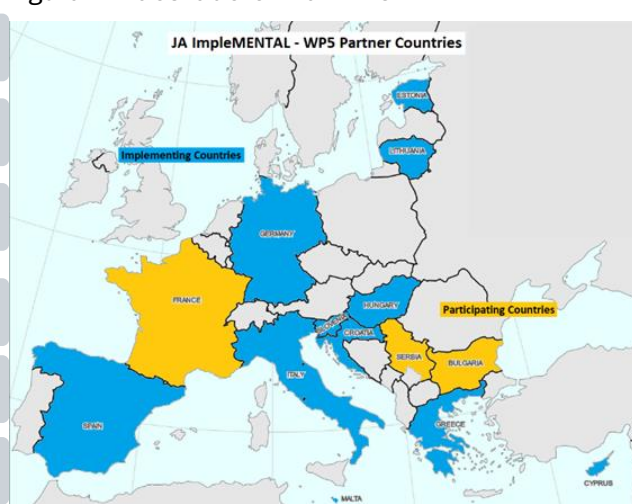


Figura 2. Paesi aderenti al WP5



Il **WP5** è stato gestito sotto la guida della *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)* (Istituto per la prevenzione e promozione della salute tedesca) in co-direzione con la DG Welfare di Regione Lombardia, che ha partecipato come rappresentante dell'Italia.

Il **WP5** ha portato avanti l'implementazione **di azioni migliorative finalizzate allo sviluppo della community care nei Paesi partecipanti**, attraverso **azioni condotte a livello internazionale, regionale e locale**:

- il **coordinamento del processo di identificazione e attuazione dei progetti pilota da implementare** nei Paesi partecipanti.

- la **formazione ai Paesi partecipanti**, finalizzata a supportare l'implementazione dei progetti pilota, è stata condotta a livello internazionale dall'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano allo scopo di supportare e orientare l'implementazione delle BP e dei modelli identificati dai diversi Paesi partner per l'implementazione pilota. Le sessioni formative, che si sono svolte *online* e *on site*, hanno anche contribuito a sviluppare gli obiettivi generali della JA

centrati sulla deistituzionalizzazione, sulla costruzione di reti intersettoriali e sulla partecipazione di utenti e familiari.

-lo **sviluppo di un cruscotto di indicatori** per monitorare l'attività dei servizi di salute mentale nei Paesi partecipanti e per valutarne la qualità (Università Milano-Bicocca e Politecnico di Milano).

Di seguito sono riportati i contenuti delle BP dei Paesi partecipanti al WP5.

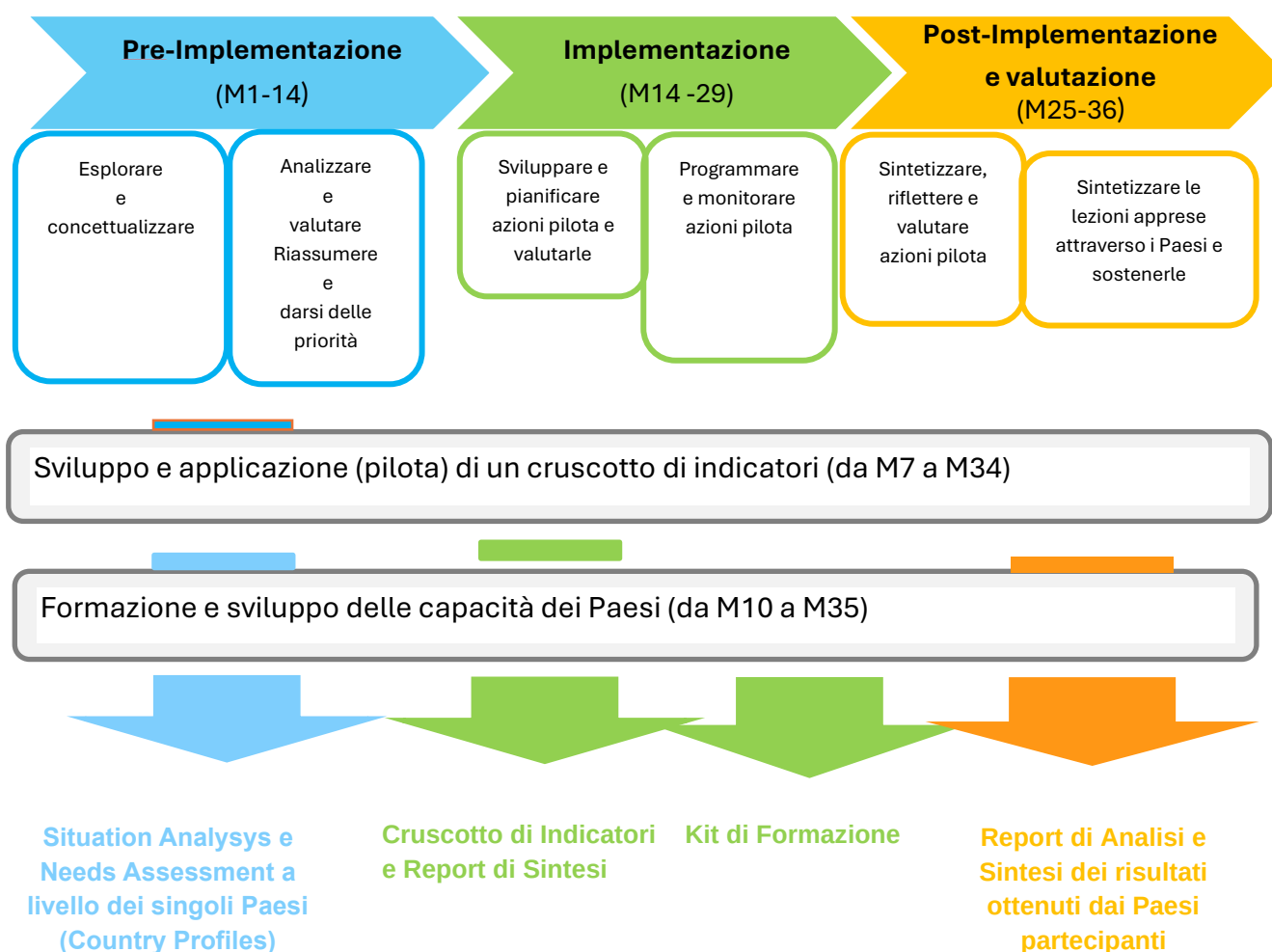
Figura 3. Contenuto della Best Practice per i singoli Paesi aderenti

PAESE	CONTENUTO DELLA BEST PRACTICE
CROAZIA	Attivazione di team mobili multidisciplinari.
CIPRO	Transizione tra servizi di salute mentale dell'infanzia e adolescenza e servizi dell'età adulta.
GERMANIA	Supportare bambini e adolescenti figli di genitori con disturbi psichiatrici.
GRECIA	Supportare la creazione e il coordinamento di reti di salute mentale basate sulla comunità e la definizione di percorsi di cura standardizzati.
UNGHERIA	Promuovere l'occupazione lavorativa per le persone con gravi disturbi psichiatrici, adattando il modello <i>Individual Placement and Support</i> .
ITALIA	Miglioramento della qualità della cura erogata ai giovani adulti con Disturbo Borderline di Personalità (DBP) attraverso l'implementazione di interventi psicosociali basati sulle evidenze e l'attivazione di un processo di inclusione sociale e <i>recovery</i> nei servizi di salute mentale per adulti.
LITUANIA	Servizi di case management basati nella comunità per pazienti con disturbi mentali gravi.
MALTA	Migliorare la collaborazione con gli utenti esperti e sviluppare la transizione dalla assistenza ospedaliera a quella territoriale.
SLOVENIA	Creazione di una rete intersettoriale di salute mentale che includa i pazienti e i familiari insieme agli altri stakeholder significativi.
SPAGNA	Cure territoriali integrate per le persone con disturbo mentale grave attraverso lo sviluppo di Progetti di Vita e di una maggiore integrazione con il settore sociale.
ESTONIA	Attivazione di servizi di salute mentale mobili a livello territoriale per pazienti con gravi disturbi mentali.

Per raggiungere l'obiettivo generale di implementare le BP nei Paesi partecipanti, il lavoro del WP5 è stato suddiviso in **tre fasi diverse** in funzione dei relativi processi attivati, degli strumenti utilizzati e dei risultati da conseguire.

- a. La **fase preparatoria (pre-implementazione)** ha mirato a stabilire strutture di collaborazione tra i Paesi e a definire i contenuti dell'azione del WP5, esplorando i principi della *community care* e il modello di riforma belga, nonché a sviluppare gli strumenti per l'analisi e la valutazione della situazione specifica dei Paesi partecipanti.
- b. I risultati di questa fase hanno costituito la base per lo sviluppo delle azioni pilota nei Paesi partecipanti nella **fase di implementazione**. È stato fornito loro un supporto continuo da parte di BZgA e Regione Lombardia durante la fase di pre-implementazione e implementazione attraverso la formazione ed incontri regolari con i Paesi nel quadro di riunioni *online* e in presenza.
- c. Durante la **fase di post-implementazione (e valutazione)** sono stati sviluppati un metodo e un modello per riassumere sistematicamente i risultati che hanno raggiunto i Paesi nel processo di implementazione e per favorire la sostenibilità della BP anche dopo la conclusione della JA.

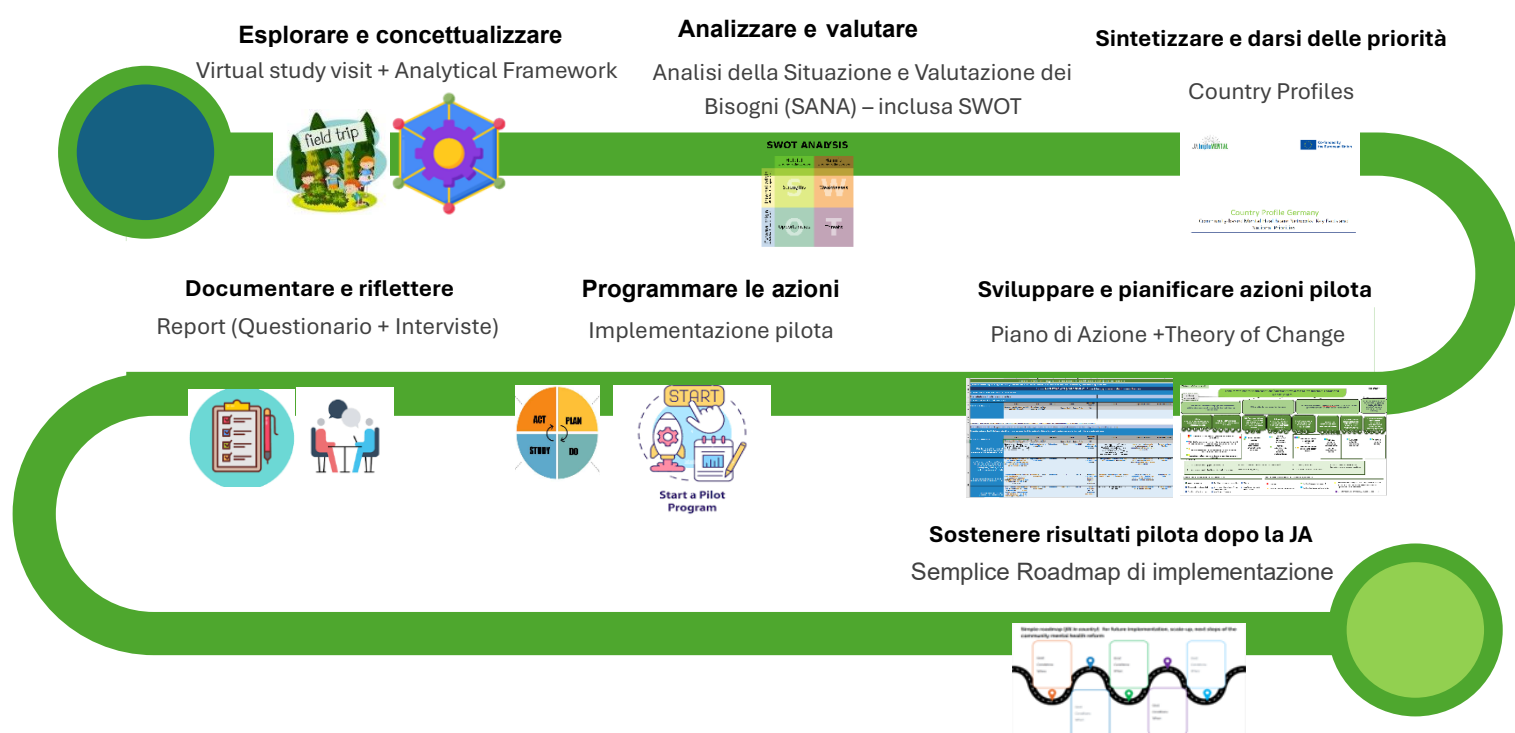
Figura 4. Framework del WP5 secondo le fasi della JA



2. JA IMPLEMENTAL: IL PROGETTO PILOTA LOMBARDO

Il progetto lombardo ha mirato ad un **miglioramento della qualità della cura nei giovani adulti con Disturbo Borderline di Personalità (DBP)**, seguendo le medesime fasi e sottofasi degli altri progetti europei, di seguito riportate.

Figura 5. Panoramica dei processi e degli strumenti



2.1 LA FASE DI PRE-IMPLEMENTAZIONE

Per definire l'obiettivo delle azioni di miglioramento in Lombardia, sono stati utilizzati i risultati del progetto di ricerca QUADIM (2016-2019), che ha valutato la qualità dell'assistenza sanitaria mentale erogata ai pazienti con disturbi di personalità in quattro regioni italiane, tra cui la Lombardia, coordinatrice del progetto¹. Questo progetto ha dimostrato che la qualità della stessa erogata in Lombardia nel 2015 ai giovani pazienti di età compresa tra 18 e 24 anni con disturbo di personalità all'esordio doveva essere radicalmente migliorata. Solo un sesto dei giovani pazienti era stato valutato in modo strutturato nelle prime fasi del trattamento, mentre un terzo non aveva ricevuto alcun intervento psicosociale, specificatamente indicato per questo tipo di disturbi, e solo un terzo dei familiari aveva ricevuto interventi specifici.

¹ Sanza M, Monzio Compagnoni M, Caggiu G, Allevi L, Barbato A, Campa J, Carle F, D'Avanzo B, Di Fiandra T, Ferrara L, Gaddini A, Saponaro A, Scondotto S, Tozzi VD, Lorusso S, Giordani C, Corrao G, Lora A. *Assessing the quality of the care offered for people with personality disorders in Italy: the QUADIM project. A multicentre research based on the database of use of Mental Health services*. Int J Ment Health Syst. 2023 Oct 13;17(1):31. doi: 10.1186/s13033-023-00603-9. PMID: 37833745; PMCID: PMC10571410.

2.1.1 Il SANA e il Country Profile

I risultati del progetto sopra riportati hanno rappresentato elementi preziosi nella stesura del *Country Profile* (allegato 1), che descrive gli elementi chiave del sistema di salute mentale nazionale e regionale e riassume i risultati dell'Analisi della Situazione e Valutazione dei Bisogni (**Situation Analysis and Needs Assessment - SANA**).

Il **SANA** è stato sviluppato per consentire ai Paesi partecipanti di avere una panoramica del sistema di salute mentale nazionale e nell'area di implementazione pilota e per supportare i Paesi nella scelta delle BP da implementare, a partire da un'analisi dei dati esistenti sull'assistenza nell'area della salute mentale. Lo strumento è composto da due parti (SANA I e II). La **Parte I di SANA** ha fornito una **panoramica generale del sistema di salute mentale a livello nazionale**: da raccolte di dati internazionali sono stati ricavati 61 indicatori, che hanno coperto 10 aree tematiche (sistema di assistenza sanitaria di base, demografia, quadro politico e legislativo, finanziamenti, disponibilità/utilizzo dei servizi di salute mentale per adulti e bambini/adolescenti, personale presente e sistema informativo per la salute mentale). **SANA II** ha utilizzato la struttura e gli indicatori di SANA I, ma si è concentrato sulle **caratteristiche locali a livello dell'area scelta da ciascun Paese per l'implementazione della BP, sia essa nazionale, regionale o locale**. A partire dai risultati ottenuti nel SANA è stato compilato da parte di ogni Paese un **Country Profile**, diviso in due parti: la prima relativa al sistema di salute mentale nazionale, la seconda relativa al sistema di salute mentale locale, dove era prevista l'implementazione della BP, Regione Lombardia nel nostro caso.

2.1.2 L'analisi SWOT

Dopo la raccolta dei dati per il SANA e durante la compilazione del *Country Profile*, i Paesi hanno condotto un'**analisi SWOT** per valutare a livello dell'area pilota i punti di forza e le criticità del sistema di salute mentale territoriale. La SWOT è stata **completata a livello regionale** nei mesi di marzo-aprile 2023 e ha permesso di identificare e categorizzare **fattori interni** significativi (punti di forza e di debolezza) **ed esterni** (opportunità e minacce) relativi all'implementazione della BP a livello lombardo, come di seguito riportati.

Figura 6. Analisi SWOT a livello regionale

Punti di forza	Punti di debolezza
1. rete ben strutturata dei servizi di salute mentale 2. presenza in alcune ASST di équipe specializzate nel trattamento di pazienti giovani 3. sistema informativo in salute mentale capace di tracciare le attività di implementazione 4. investimenti precedenti nella formazione 5. operatori coinvolti nella formazione e nell'implementazione con contratti di lavoro a tempo indeterminato	1. scarsità di operatori in servizi di salute mentale 2. poche esperienze in progetti di salute mentale che includano processi strutturati di implementazione 3. valutazione dei bisogni clinici e psicosociali in pazienti con DBP infrequente e mancanza di specificità dei relativi percorsi di cura 4. familiari non sempre coinvolti 5. organizzazione dei servizi di salute mentale medico-centrica

Opportunità	Minacce
1. più attenzione dopo la pandemia COVID-19 alla Salute Mentale della fascia giovani 2. miglioramento della collaborazione con la UONPIA 3. JA quale opportunità per apprendere l'implementazione 4. consapevolezza del bisogno di integrazione tra aspetti clinici e sociali 5. associazioni di utenti e familiari interessate a essere coinvolte	1. stigma relativo ai giovani adulti con problemi comportamentali e uso di sostanze 2. limitata collaborazione intersettoriale tra servizi di salute mentale e servizi sociali 3. limitate risorse economiche per i servizi di salute mentale

L'analisi **SWOT** condotta a livello di Regione Lombardia è stata poi **replicata a livello locale** delle singole Equipe di Implementazione (EI) (allegato 2). Sulla base delle matrici compilate dalla quasi totalità delle EI delle ASST aderenti sono stati rilevati alcuni **significativi fattori comuni**. Il **personale** ricopre un ruolo fondamentale, sia come punto di forza per la multidisciplinarietà sia come criticità per la scarsità di operatori, con una ricorrente assenza nelle équipes delle figure professionali dell'assistente sociale e dell'infermiere. La **presenza però di operatori strutturati, non assunti a termine per il progetto**, risulta determinante nel garantire la continuità degli interventi erogati, così come la disponibilità di ore dedicabili al progetto. La **presenza di pazienti già in carico** ai servizi facilita il reclutamento del numero dei pazienti previsto. La **collaborazione intersettoriale già in atto con la rete interna (ad esempio UONPIA)** agevola gli invii in transizione o dagli altri servizi, ove la presenza di équipes preesistenti dedicate ai pazienti all'esordio depone a favore di procedure già consolidate. Anche la **rete esterna** risente dell'integrazione pregressa, con particolare riferimento alle associazioni di familiari, per quanto non sempre dedicate a questo tipo di utenza. La **formazione specifica** del personale coinvolto, sia pregressa sia ricevuta tramite la JA, risulta di particolare importanza rispetto alla possibilità di poter realizzare percorsi di cura specifici, dalla valutazione dei pazienti all'erogazione di interventi psicosociali basati su evidenze. La **facilità di accesso agli strumenti informatici di comunicazione** risulta facilitare la gestione delle riunioni e dei colloqui da remoto. Il **coinvolgimento interessato del Direttore di Struttura Complessa di Psichiatria** e il **canale aperto con l'Ufficio Comunicazione** sembrano favorire la diffusione del progetto all'interno e all'esterno della rete sanitaria.

2.1.3 Il modello *Theory of Change*²

Il modello ***Theory of Change (ToC)*** è stato utilizzato all'interno del WP5 come primo passo nel processo di progettazione e pianificazione delle azioni pilota. Richiede la **formulazione di obiettivi misurabili** e l'**identificazione di indicatori utili**. Il ToC consente di localizzare gli effetti delle attività pianificate a diversi livelli: l'**output** si riferisce ai risultati ottenuti differenziandosi dai risultati attesi (**outcome**), entrambi misurabili utilizzando indicatori appropriati, mentre l'**impatto** è localizzato a un livello che va oltre la responsabilità delle

² Elements of the ToC for the Belgian Best Practice: <https://youtu.be/O5JWzJQrDRc>

attività e le possibilità di valutazione sul medio periodo. Le **ipotesi** si qualificano quali condizioni necessarie per il raggiungimento degli *output* e degli *outcome* e possono diventare **rischi** tali da comprometterli.

Il modello ToC ha portato all'elaborazione di un diagramma di flusso che fornisce una panoramica del processo di cambiamento (allegato 3). Si riporta di seguito la declinazione dell'implementazione italiana, che ha definito a livello di Regione Lombardia l'impatto complessivo, gli *outcome* corrispondenti ai risultati attesi e gli *output* da misurare, collegati alle attività pianificate (input), e alle ipotesi su come raggiungerli, consentendo così una visualizzazione dei pilastri principali delle azioni previste. In tal senso il modello ToC ha fatto da ponte tra l'analisi del *Country Profile* e del SANA e la programmazione delle attività da svolgere del Piano di Azione.

2.2 LA FASE DI IMPLEMENTAZIONE

2.2.1 Il Piano di Azione del progetto pilota

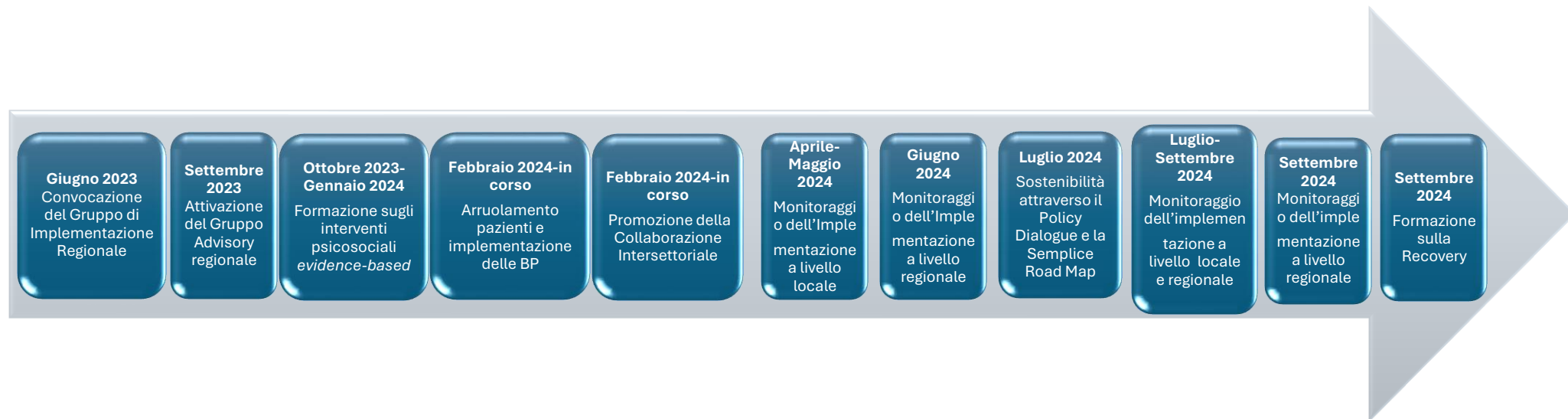
Per guidare e supportare ulteriormente i Paesi nel processo di implementazione dei loro progetti pilota, sono stati elaborati **Piani d'Azione (PA)** per ciascuno di essi.

Questo strumento ha aiutato i Paesi a identificare e a **tradurre gli elementi essenziali delle BP in attività prioritarie per la loro implementazione pilota a livello nazionale, regionale e/o locale**. Gli elementi sono stati raggruppati in cinque **aree strategiche**, a loro volta differenziate in aree sub-strategiche. Il modello dei PA ha richiesto ai Paesi di programmare le attività da pianificare, gli attori responsabili, la scansione temporale delle attività pianificate, gli stakeholder coinvolti, la popolazione target e i beneficiari finali, **a partire dagli outcome, dagli output e dagli input identificati nel modello ToC**.

I PA sono stati utilizzati per pianificare la BP e monitorare il processo di implementazione e per quanto riguarda la situazione lombarda il PA stato **compilato sia a livello regionale** (allegato 4) **sia a livello locale** di singolo DSMD.

Si riporta di seguito il cronoprogramma della BP attuato nella fase di implementazione in Lombardia nelle sue tappe più rilevanti.

Figura 7. Cronoprogramma della BP locale e regionale



2.2.2 L'attivazione del Gruppo di Implementazione Regionale e del Piano di Azione

Il primo passo è stata l'attivazione del **Gruppo di Implementazione Regionale** incaricato del coordinamento e del monitoraggio dell'implementazione della BP a livello regionale e locale. Accanto al Gruppo di Implementazione Regionale è stato creato nel settembre 2023 il **Gruppo Consultivo** del progetto, che ha incluso rappresentanti dei principali stakeholder (DG Welfare, gruppi professionali, associazioni di utenti e familiari, formatori del progetto ed esperti nell'area del DBP).

Il Gruppo di Implementazione Regionale:

Dott. Antonio Lora, già Direttore DSMD ASST Lecco, coordinatore regionale della JA, ha partecipato come co-leader del WP5 alle attività della Joint Action e al coordinamento generale del progetto. A livello di Regione Lombardia ha coordinato il gruppo di lavoro, che ha incluso le *Affiliated Entities* regionali (ASST Lecco, IRCSS Istituto Mario Negri e Fatebenefratelli San Giovanni di Dio, Università Bicocca e Politecnico) che hanno sviluppato azioni nella Joint Action, il gruppo di implementazione e il gruppo di consultazione.

Dott.ssa Teresa Di Fiandra, già responsabile per l'area salute mentale del Ministero della Salute, consulente di Regione Lombardia, ha partecipato come co-leader del WP5 alle attività della Joint Action, con particolare riferimento al coordinamento generale del progetto.

Dott.ssa Simonetta Martini e **Dott.ssa Stefania Pollice** di ASST Lecco, hanno coordinato e monitorato il processo di implementazione locale delle singole ASST aderenti. La Dott.ssa Pollice ha anche sviluppato i report finali del progetto.

Del Gruppo di Implementazione Regionale ha fatto parte anche l'equipe del **Cluster TAV**, con il **Dott. Marco Sacco**, la **Dott.ssa Stefania Palumbo** e la **Dott.ssa Chloé Lefevre**, che hanno fornito supporto alla gestione generale del progetto, gestito l'attività di disseminazione e comunicazione (progettazione di poster, inviti a riunioni o creazione di contenuti video) e coadiuvato l'organizzazione di tre eventi chiave nella sede istituzionale di Regione Lombardia: il convegno del WP5 con i Paesi partecipanti nei giorni 8-9 aprile 2024, il convegno regionale del 9 maggio 2024 con i principali stakeholder (dalle EI alle Associazioni di Utenti e Familiari) e infine il *Policy Dialogue* del 22 luglio 2024.

2.2.3 La Formazione

È stata erogata a livello regionale dall'**Istituto Fatebenefratelli di Brescia** per quanto riguarda gli **interventi psicosociali evidence based** e dall'**Istituto Mario Negri di Milano** per quanto riguarda il **processo di recovery**.

Per la formazione sugli interventi psicosociali, all'interno di un corso intensivo (56 ore in presenza) sono stati proposti i seguenti **focus formativi per il trattamento dei giovani con Disturbo Borderline di Personalità**:

- definizione di percorsi diagnostici e valutativi.
- raccomandazioni per il trattamento non farmacologico secondo il modello *Good Psychiatric Management* (GPM).
- raccomandazioni per il trattamento farmacologico.
- il modello della *Dialectical Behavior Therapy* (DBT).
- il modello del *Family Connection*.

Il **modello di intervento** proposto è stato improntato al principio della **stepped care**, che prevede un **livello di base** di valutazione diagnostica e trattamento indirizzato a tutti i pazienti, a partire dal *Good Psychiatric Management* proposto da John Gunderson, e un **livello avanzato**, riservato a pazienti con particolari complessità sul piano clinico-assistenziale, che prevede un training più lungo e include il coinvolgimento dei familiari. La formazione ha ricevuto un'accoglienza molto positiva da parte degli operatori: la quasi totalità degli iscritti ha concluso il ciclo formativo e nove su dieci hanno ritenuto gli argomenti trattati "molto rilevanti" per le loro necessità di aggiornamento, ritenendo la qualità dei contenuti "buona/eccellente".

Figura 8. Il percorso formativo a fasi

Aree di intervento

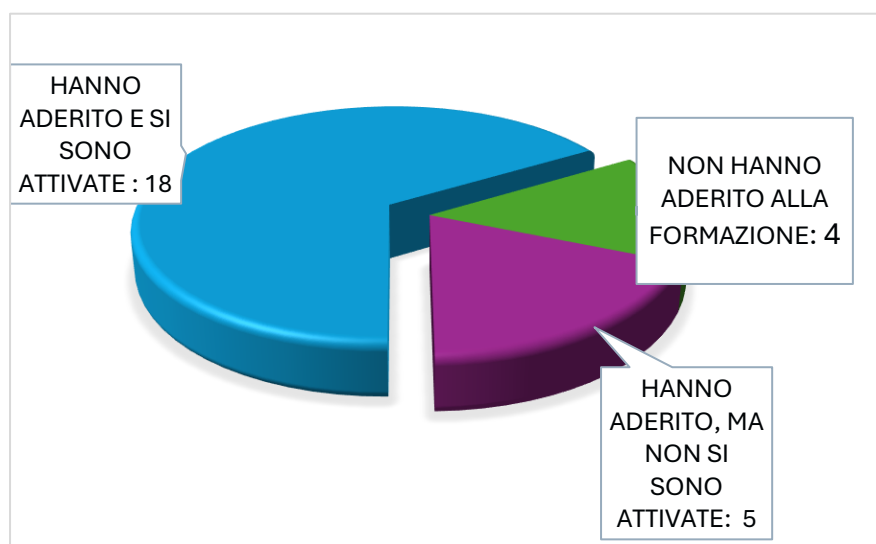
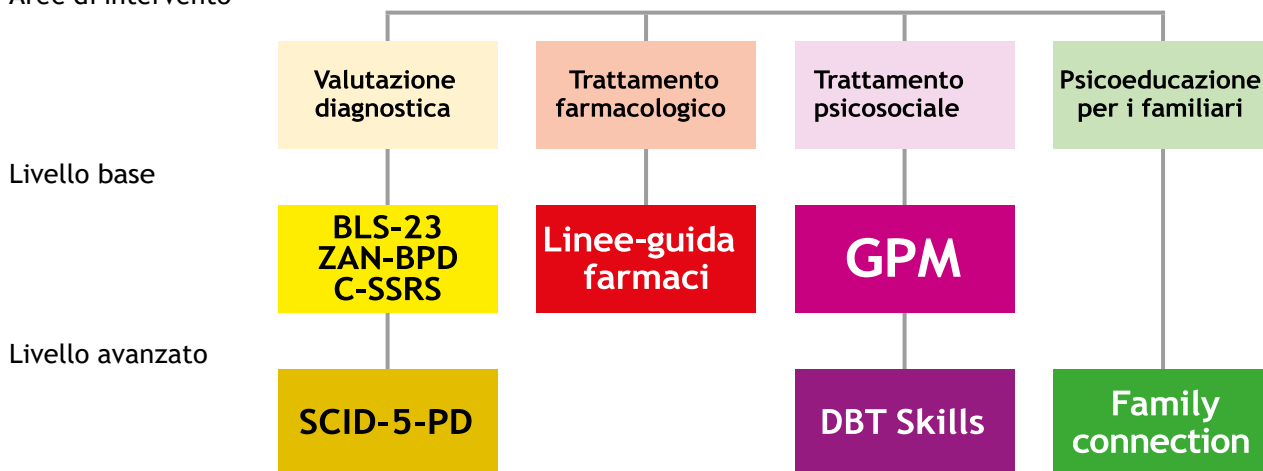


Figura 9. ASST tra formazione e implementazione

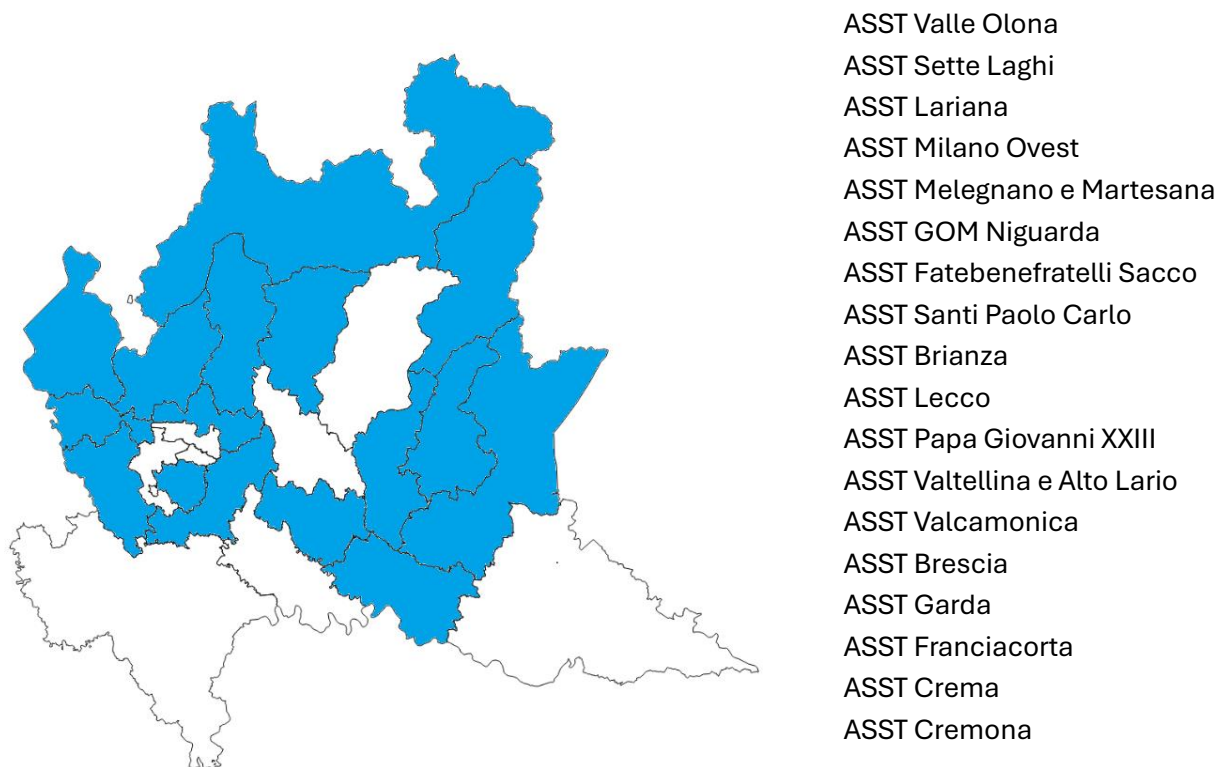
Alla formazione hanno aderito **298 operatori** provenienti da **23 ASST lombarde**: in 18 ASST alla formazione ha fatto seguito l'implementazione, mentre 5 ASST hanno ricevuto la formazione, ma non hanno poi implementato il progetto.

Il **12 settembre 2024** è stata offerta una formazione online sul tema della **Recovery** per le EI delle ASST aderenti alla JA ed estesa ai relativi stakeholder interessati. La proposta ha incontrato l'adesione di **42 partecipanti**. Il Paradigma della Recovery è stato presentato per adattarlo alla cura e all'esperienza del DBP con il proposito di integrare la formazione sugli interventi psicosociali con un'attenzione al contesto di vita e al vissuto della persona.

2.2.4 L'attivazione dell'équipe di implementazione e del piano di azione a livello locale

Al processo di implementazione hanno aderito 18 DSMD facenti parte delle ASST indicate in elenco e nella mappa:

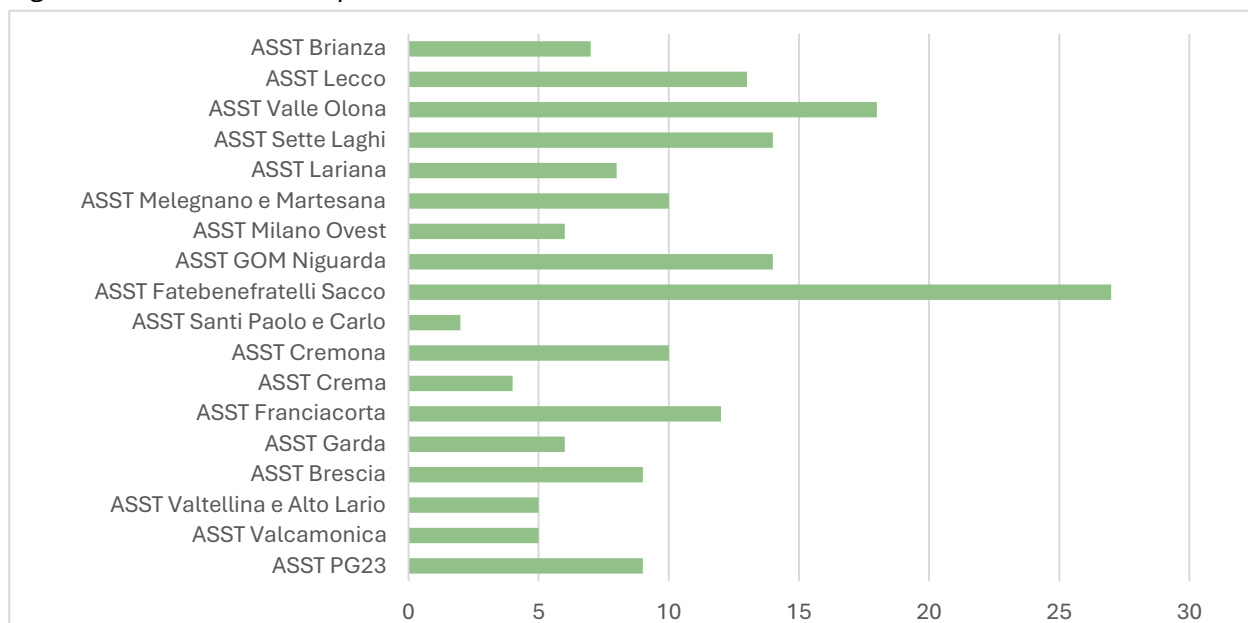
Figura 10. Mappa regionale delle ASST aderenti



Il coinvolgimento delle singole ASST è stato accompagnato dalla presentazione del progetto da parte del Gruppo di Implementazione Regionale in parallelo al percorso formativo (dicembre 2023) e da alcuni incontri online successivi mirati a chiarire i contenuti dell'implementazione (gennaio 2024). Per ciascuna EI è stato individuato un **Coordinatore** che ha portato avanti con il resto degli operatori il compito di procedere all'**analisi SWOT locale** e di stendere il relativo **Piano di Azione**, con la guida di materiali inviati dal Gruppo di Implementazione Regionale (allegato 2). Di seguito sono indicate le EI relative alle singole ASST aderenti, ripartite per numero di operatori partecipanti e per profili professionali presenti. Nelle EI sono stati coinvolti **179 operatori**, con una **mediana di 9 operatori per ciascuna ASST** aderente al progetto. È da rilevare una distribuzione eterogenea, sia in termini numerici che sul versante qualitativo, con una variabilità tra le figure professionali presenti. La differenziazione riguarda anche la sede del pilota: vi sono anche casi di più EI all'interno dello stesso DSMD, così come ASST che hanno portato avanti l'implementazione in un'unica struttura. Se la presenza di una doppia EI all'interno dello stesso DSMD è riconducibile alla distanza geografica e alla diversificazione territoriale dei servizi a disposizione, l'implementazione parziale/centralizzata si riferisce per lo più alla difficoltà di attivare il personale su determinati territori (mancata formazione, criticità della rete...). Per quanto riguarda l'implementazione nell'area metropolitana di Milano, in alcuni casi le EI sono state arricchite in modo significativo

di personale già formato precedentemente, così da permettere di estendere la BP sull'intero territorio di pertinenza. L'individuazione del Coordinatore non è stata immediata per tutte le ASST aderenti, rappresentando per alcune un vero e proprio ostacolo al decollo dell'implementazione.

Figura 11. El e numero di operatori



Più della metà degli operatori che hanno partecipato alla formazione, non ha poi preso parte al processo di implementazione. Questo scollamento è dovuto in buona parte alla rinuncia, successiva alla formazione, da parte di 5 ASST (Fig.9). Ai 124 operatori formati e coinvolti nella formazione, si sono aggiunti 55 operatori che, pur non essendo stati inseriti nel processo formativo, si sono attivati nell'implementazione avendo ricevuto in molti casi una formazione specifica precedente.

Figura 12. Operatori coinvolti nella formazione e nel processo di implementazione

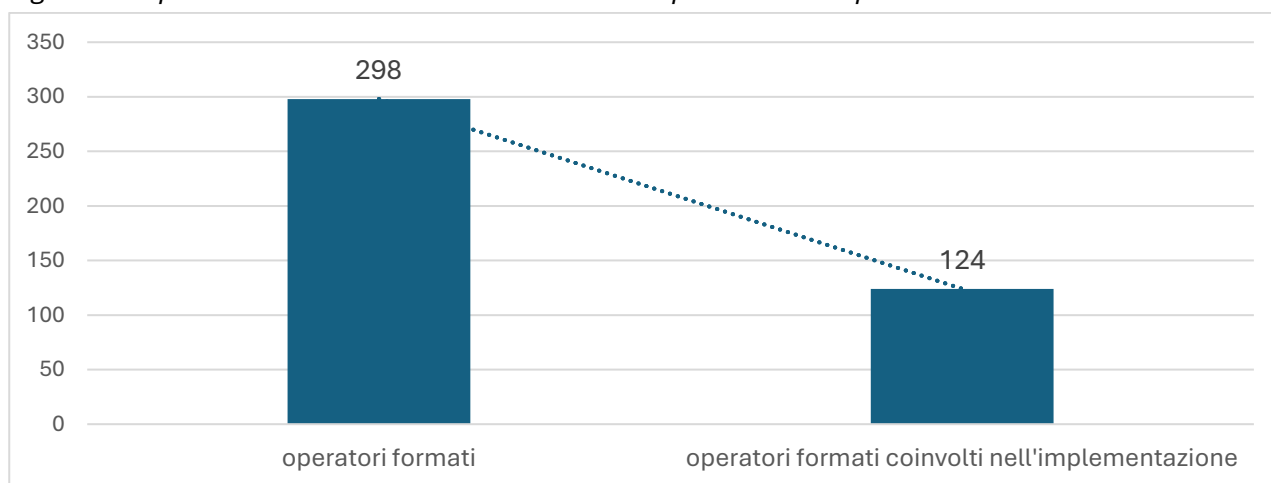
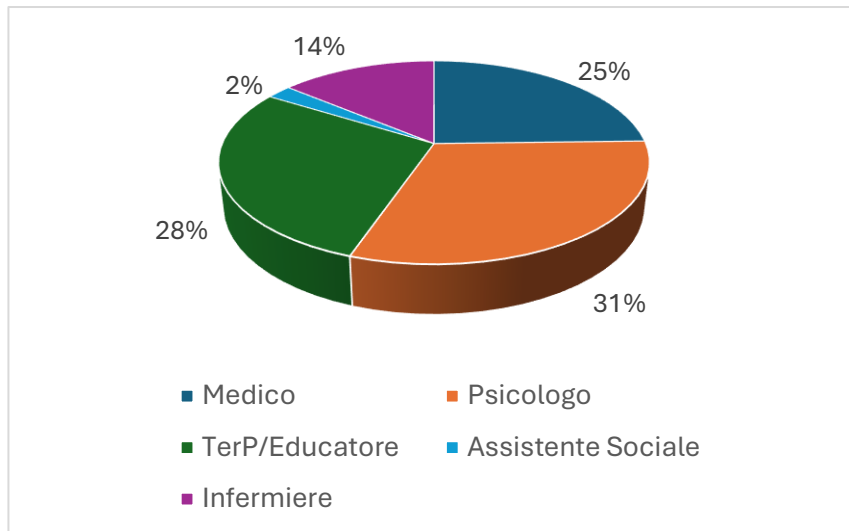


Figura 13. El e profili professionali



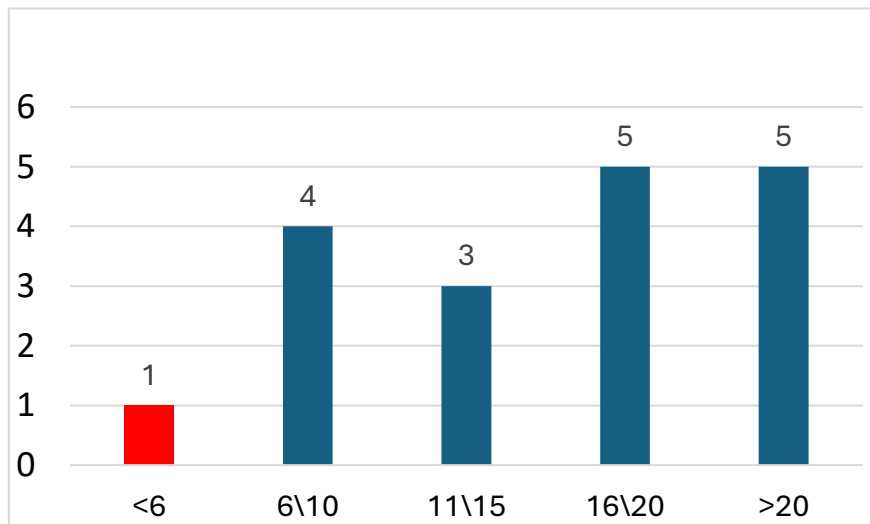
È rilevabile in modo immediato la prevalenza di Psicologi, TerP e Medici rispetto a Infermieri e ad Assistenti Sociali, in parte correlabile ai profili coinvolti nella formazione e in parte alla difficoltà di coinvolgimento di tali figure professionali nell'implementazione, così come già rilevato dalle SWOT locali.

È stata effettuata una serie di **19 incontri online** con le **single ASST** che hanno permesso di fare la conoscenza dei Coordinatori e di condividere entrambi i compiti della SWOT e del PA. In una fase successiva si è proceduto con una nuova serie di **8 incontri online** cui hanno partecipato i Coordinatori medesimi con le loro **El raggruppate per ATS di appartenenza**: oltre a un aggiornamento relativo all'implementazione in corso, sono stati favoriti un confronto tra realtà territoriali limitrofe e la prima esplorazione delle traiettorie future.

2.2.5 L'arruolamento pazienti, gli interventi psicosociali e la rete

Nel progetto pilota lombardo, accanto all'**arruolamento dei pazienti** e all'attivazione degli **interventi psicosociali**, è stata data particolare attenzione alla **collaborazione intersettoriale con i servizi sociali e le associazioni di familiari e utenti** e alla centralità del **processo di recovery e di inclusione sociale**. Non da ultimo si è puntato oltre che alla **comunicazione** a livello dipartimentale e aziendale, anche a quella con gli stakeholder coinvolti e con la popolazione generale.

Figura 14. ASST per numero di pazienti arruolati



L'implementazione ha previsto l'**arruolamento per ciascuna ASST di almeno n.15 pazienti di età compresa tra i 18 e i 30 anni con DBP, con priorità ai pazienti al primo contatto con il servizio**. Complessivamente sono stati **reclutati 314 pazienti, con una media di 17.5**

pazienti per ASST. Se da un lato più della metà delle ASST ha superato il numero previsto, dall'altro alcune ASST, rimaste sotto la soglia, hanno mostrato difficoltà all'arruolamento di pazienti nella fascia di età raccomandata e/o al primo contatto. Le **caratteristiche dei pazienti arruolati** nel progetto hanno rispettato in linea di massima le indicazioni date: il 77% dei pazienti ha un'età compresa tra i 17-24 anni ed il 18% tra i 25-30 anni; il 56% è entrato in contatto nel 2023/24, mentre il 28% nel 2021/22 e solo il 17% prima. Nove pazienti su dieci sono di genere femminile: questo dato riflette la maggiore difficoltà nella presa in carico dei pazienti giovani di sesso maschile. Per quanto riguarda la diagnosi il discorso è più complesso: se è vero 8 pazienti su dieci hanno la diagnosi di disturbo borderline di personalità come diagnosi principale (78%) o più raramente come diagnosi secondaria (2%), un quinto dei pazienti presenta diagnosi diverse da DBP. Questo dato è probabilmente legato un mancato aggiornamento delle diagnosi.

Figura 15. ASST per numero di interventi individuali e di gruppo erogati

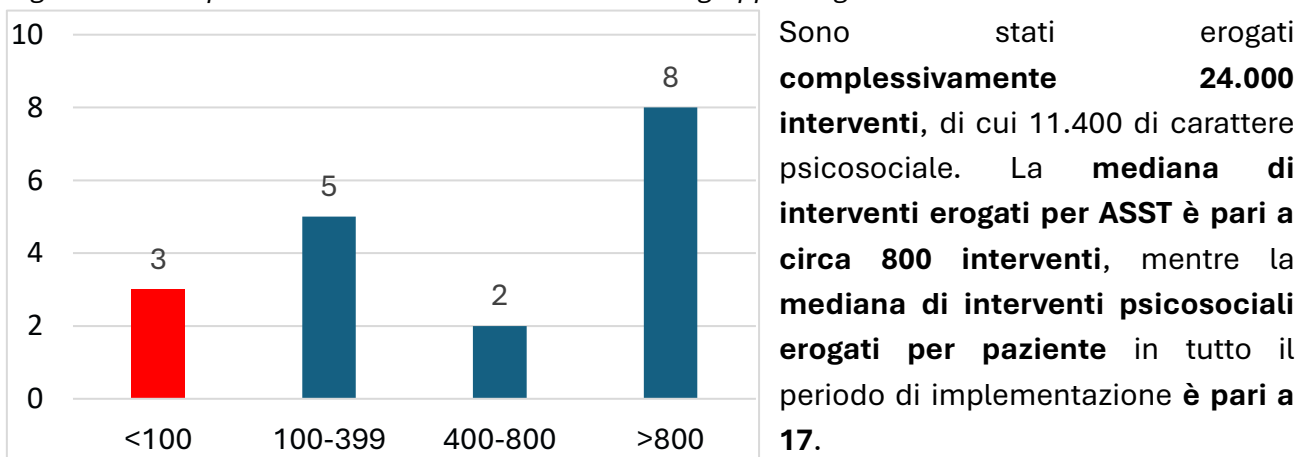
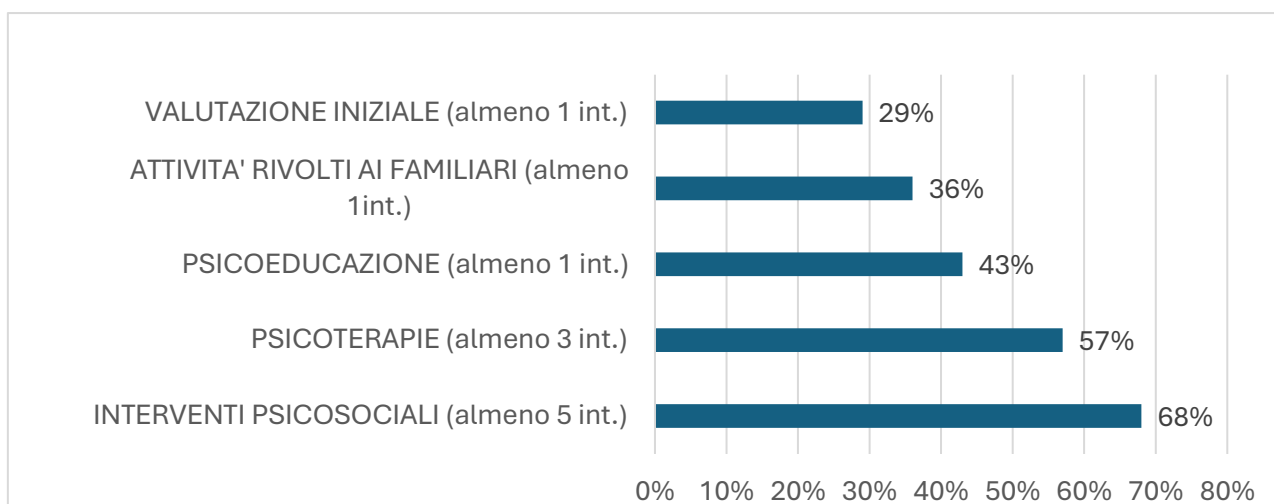


Figura 16. Pazienti e familiari secondo gli interventi psicosociali dei primi tre mesi di presa in carico.



INTERVENTI PSICOSOCIALI

- Interventi individuali e di gruppo psicoeducativi
- Interventi individuali e di gruppo su abilità di base, interpersonali e sociali
- Interventi psicoterapici individuali e di gruppo
- Interventi rivolti ai familiari e gruppo di familiari
- Interventi di valutazione
- Interventi di inserimento lavorativo
- Interventi di supporto sociale

É da sottolineare come uno degli obiettivi del progetto, garantire un'adeguata intensità della cura psicosociale nei primi mesi di cura, sia stato raggiunto,

come testimonia l'indicatore relativo alla percentuale di pazienti (68%) che hanno ricevuto almeno cinque interventi psicosociali nei primi tre mesi di presa in carico. Mentre la valutazione iniziale con strumenti strutturati ha interessato circa un terzo dei pazienti, come pure l'attività rivolta specificatamente ai familiari, le percentuali dei pazienti che hanno ricevuto interventi psicoeducativi (43%) e psicoterapici/psicologici (57%) sono superiori. Rispetto all'applicazione dei contenuti della formazione nella pratica quotidiana, le EI hanno in generale **implementato l'utilizzo di test a fianco del colloquio clinico**. In particolare, nella scelta degli stessi la maggioranza delle ASST ha implementato in misura progressiva la *SCID5 PD* (Intervista Clinica Strutturata per il DSM5 per i Disturbi di Personalità) insieme a strumenti **di più veloce somministrazione** (*ZAN -BPD -Scala di Valutazione Zanarini per il Disturbo Borderline di Personalità* e *Borderline Symptom List 23*). Dal confronto diretto con gli operatori delle EI emerge che utilizzano la SCID o come strumento di secondo livello per i casi di dubbio diagnostico o perché vi è già una tradizione nel suo utilizzo all'interno del servizio di appartenenza. La *Columbia Scale* sul rischio suicidario viene invece utilizzata più raramente.

Figura 17. ASST per frequenza di utilizzo degli strumenti di valutazione iniziale del paziente

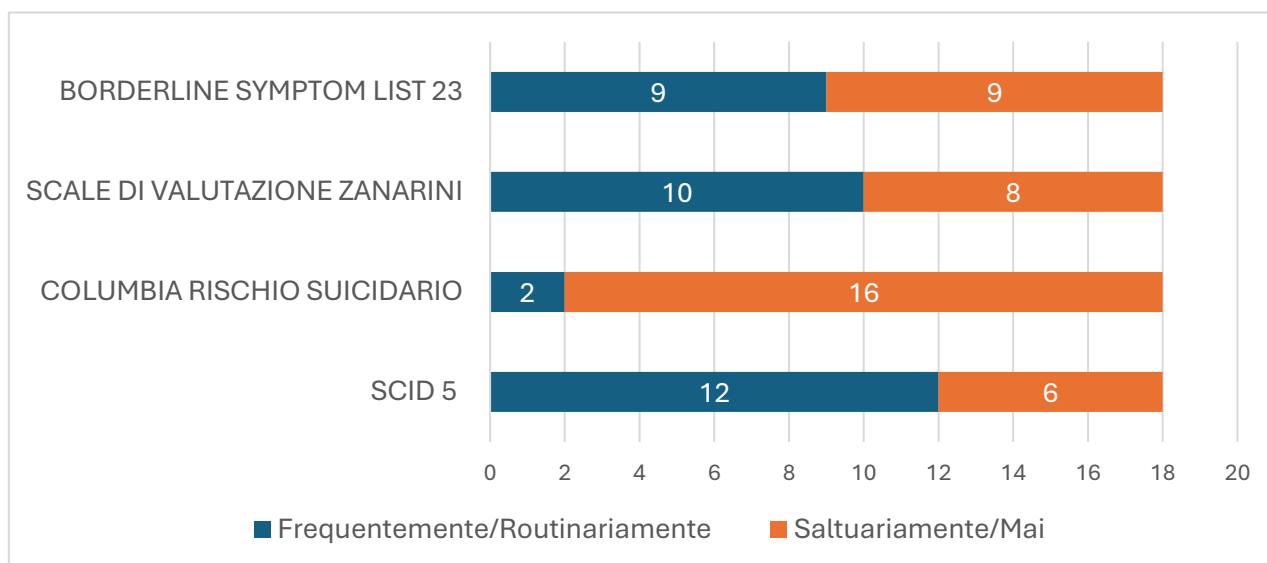
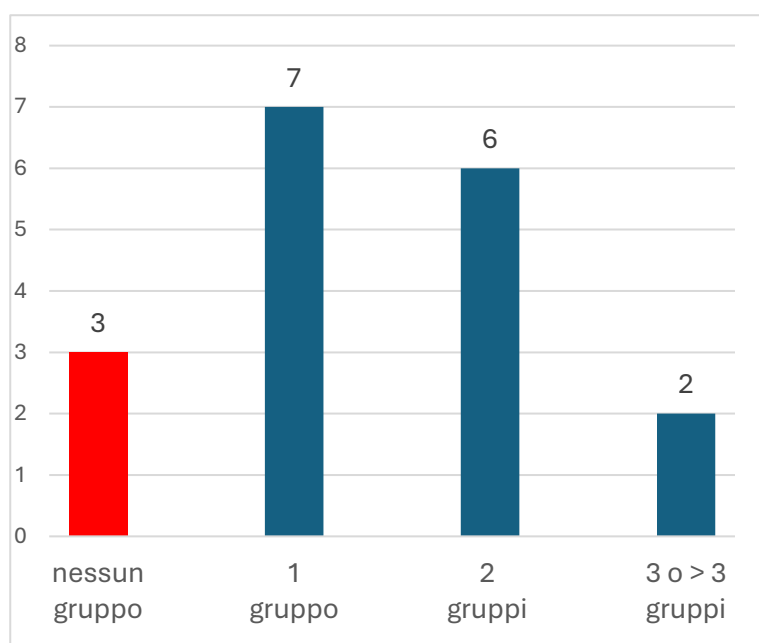
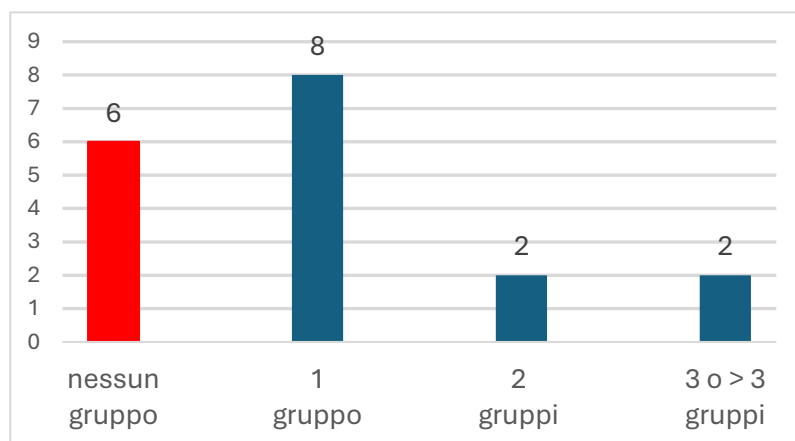


Figura 18. ASST per numero di gruppi di social skills implementati



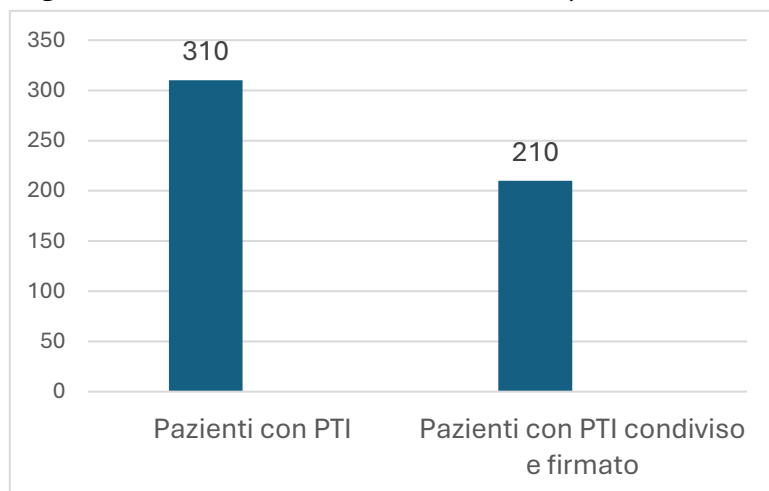
Rispetto ai **gruppi di DBT social skills training**, la maggior parte delle ASST è riuscita ad attivarne uno o due: in diversi casi si è trattato di continuare un processo di implementazione precedente alla JA, mentre in altri la JA ha funzionato da motore propulsore all'attivazione. Dal confronto diretto con gli operatori delle EI emerge in ogni caso un utilizzo flessibile degli stessi gruppi, con l'ingresso nei gruppi anche di pazienti over 30 e/o che sono in carico da diverso tempo.

Figura 19. ASST per numero di gruppi di Family Connection implementati



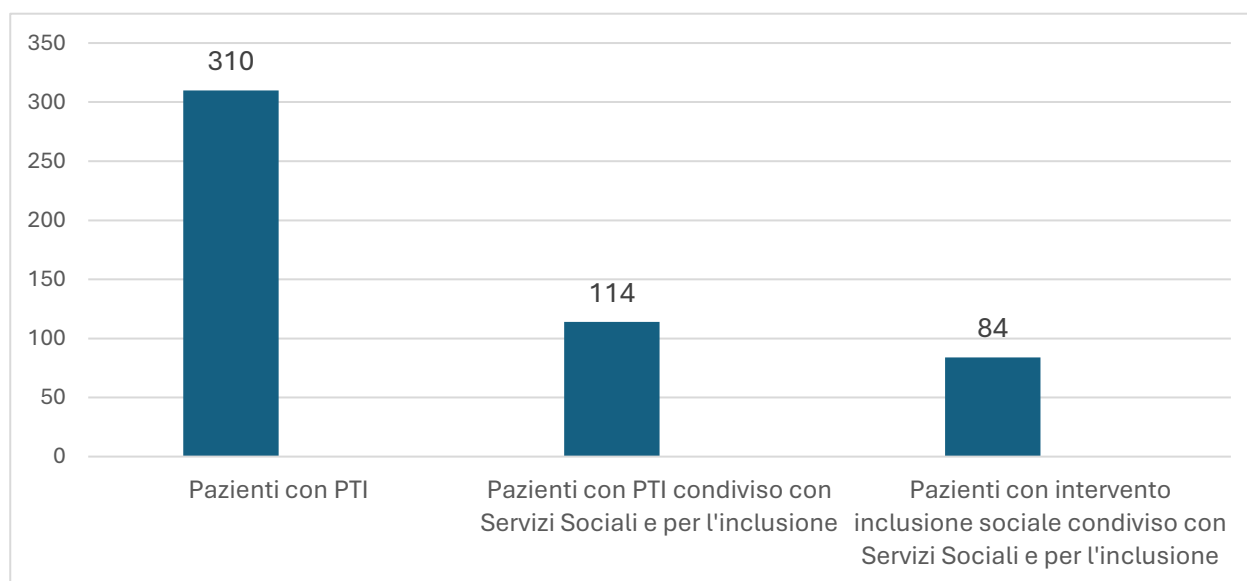
Rispetto ai **gruppi di Family Connection** due terzi di EI ne hanno attivato almeno uno. Per il restante terzo, non attivo su questo fronte, dal confronto diretto con gli operatori, emerge la scelta di una progressione nell'attivazione dei gruppi, a partire da quelli dedicati ai pazienti per arrivare solo in un secondo momento a quelli focalizzati sui familiari.

Figura 20. Piani di Trattamento Individuale e pazienti



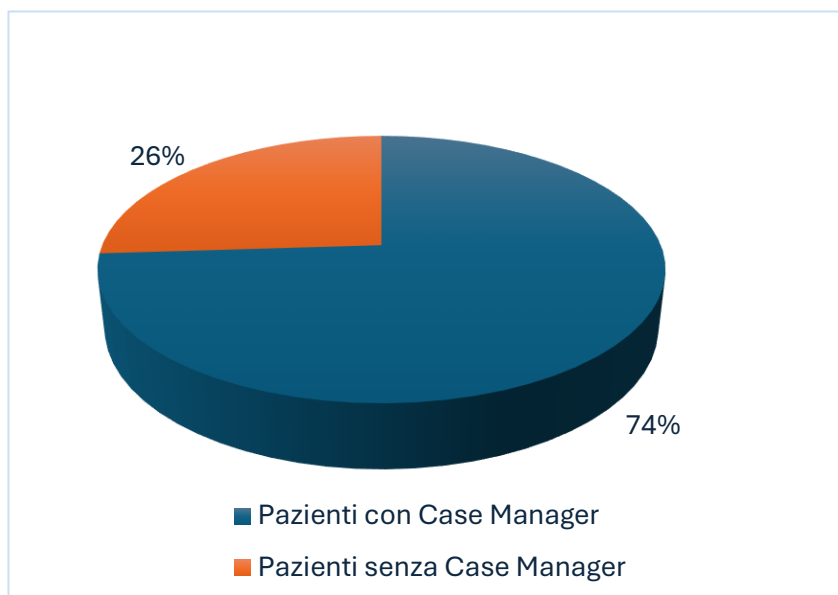
Si evidenzia uno scarto tra PTI attivati e quelli effettivamente condivisi e firmati dal paziente (circa due terzi del totale). Dal confronto diretto con gli operatori delle EI emerge lo scollamento tra l'auspicata condivisione con il paziente in presenza dell'équipe e la reale difficoltà di realizzarla.

Figura 21. Piani di Trattamento Individuale e loro integrazione con gli altri servizi territoriali



Rispetto all'**integrazione dei PTI con gli altri servizi del territorio** (servizi sociali, terzo settore), è evidente che la quasi totalità di quelli attivati non corrisponda al numero di quelli condivisi con i Servizi Sociali e i servizi per l'inclusione sociale e lavorativa e in misura ancora minore con gli interventi effettivamente realizzati, elemento che fa riflettere sulle difficoltà di rapporto con i servizi sociali e sul rischio di considerare il PTI come adempimento amministrativo anziché di una buona pratica, mirata anche all'inclusione sociale.

Figura 22. Pazienti e Case Manager



Un discorso a parte merita il **case management** che, anche se copre tre quarti dei pazienti, è limitato non solo dall'esiguità del personale, ma anche dalle diverse interpretazioni operative attribuite dalle singole EI. In alcune è visto come una funzione attribuita esclusivamente al Medico o allo Psicologo, in altre anche al TerP/Educatore e in altre ancora all'intera équipe.

Questi risultati, insieme agli elementi raccolti durante i video incontri con le EI, mostrano la **maggiore difficoltà di fare rete nel passaggio dal sanitario al sociale**, nonostante l'incremento della collaborazione intersettoriale con i servizi sociali e con quelli per

l'inclusione sociale, osservato nella rilevazione di settembre 2024 rispetto a quella di giugno 2024. Mentre nei processi di collaborazione interna all'ASST le EI possono partire da **procedure di transizione già condivise con le UONPIA**, declinandole nella specificità dell'utenza target della JA, in quella esterna sono frequenti le difficoltà di interfaccia con i **Servizi Sociali** e i relativi Uffici di Piano. Rispetto alle **Associazioni di Familiari**, invece, esiste una difficoltà legata al fatto che queste ultime non avevano fino a oggi svolto in modo omogeneo un ruolo attivo nei confronti di una nuova psicopatologia emergente (il DBP) e nella fascia dei giovani adulti. L'implementazione dei gruppi di *Family Connection* ha permesso la partecipazione dei familiari anche alla formazione, e quindi l'attivazione delle associazioni su questo fronte. Si è rivelata ulteriormente efficace la mediazione dell'URASaM, che ha intercettato le EI e facilitato il coinvolgimento delle associazioni locali.

L'**Associazione U.R.A.Sa.M**, quale associazione di secondo livello a difesa dei diritti di malati e familiari per la salute mentale, ha contribuito alla JA, facilitando la rete delle EI con le associazioni locali di primo livello. L'obiettivo in particolare è stato quello di mettere a disposizione dei gruppi di *Family Connection* un familiare formato e dall'altra di facilitare l'organizzazione di gruppi di mutuo auto-aiuto. La risposta delle EI ha mostrato una marcata variabilità, da territorio a territorio, ma in generale i tempi di attivazione di questi interventi con le Associazioni di Familiari sono andati in parallelo all'attivazione dei gruppi Family Connection.

2.2.6 La comunicazione

Nel corso degli incontri online con le singole realtà locali, si è evidenziato come forme di comunicazione diretta con le **Direzioni di Struttura Complessa o di Dipartimento** siano state attivate nella quasi totalità delle EI. Lo stesso processo è avvenuto sia pure in modo più lento e difficoltoso con **la rete sociale**, mentre la disseminazione dei risultati del progetto rispetto alla **popolazione** è risultata quasi assente. Quest'ultimo dato pare legato all'assenza di una strategia comunicativa nei confronti della popolazione e in alcuni casi alla preoccupazione dell'EI nel promuovere un servizio, senza la garanzia di potere poi gestire la portata dei conseguenti possibili/probabili nuovi accessi.

Rispetto alla disseminazione della JA su scala regionale, le attività del **Gruppo di Implementazione Regionale** sono state pensate con l'obiettivo di **informare i diversi destinatari**, garantendo ampia visibilità e coinvolgimento tra gli stakeholder chiave della Regione, e di **assicurare la sostenibilità del progetto** anche oltre la sua conclusione.

Tra le attività svolte dal Cluster TAV sono da menzionare la pubblicazione di **articoli, newsletter e post sui social media** per raggiungere un pubblico più ampio. Particolare rilievo è stato dato alla **collaborazione con la Fondazione Progetto Itaca** che, con le sue 17 sedi attive a livello nazionale, rappresenta un'importante Associazione di Familiari impegnata nella promozione della salute mentale in Italia. Insieme alla Fondazione sono state attivate comunicazioni sui social media (**LinkedIn**). Nella primavera 2024 il **Gruppo di**

Implementazione Regionale ha voluto fare il punto sul **processo di implementazione attivato nelle ASST lombarde aderenti al progetto**, attraverso un convegno regionale che si è tenuto il 9 maggio 2024 presso la sede istituzionale di Regione Lombardia, Palazzo Lombardia. La partecipazione numerosa ha visto presenti operatori dei servizi di Salute Mentale e delle associazioni di familiari. In alternanza con le **sessioni plenarie**, sono state proposte delle **sessioni interattive** utili per indagare con i partecipanti le difficoltà incontrate nel processo di implementazione e le soluzioni per superarle. In una sessione, una rappresentante dell'associazione di utenti ha discusso gli **aspetti positivi che questa azione migliorativa può portare ai giovani con DBP** (allegato 5). Durante due **tavole rotonde** sono stati discussi due aspetti fondamentali per il processo di implementazione con i principali stakeholder lombardi (rappresentanti della DG Welfare, di ASST, di ATS, dei Direttori di SC di Psichiatria, dei formatori del progetto e delle associazioni di familiari): da un lato l'importanza della fedeltà dell'implementazione rispetto alla formazione ricevuta e dall'altra la sostenibilità futura della JA dopo la sua conclusione

2.2.7 Il Monitoraggio del progetto tramite il Sistema Informativo Socio-Sanitario e il Questionario sullo stato di avanzamento dell'implementazione pilota

Per valutare l'implementazione del pilota, attraverso i parametri del modello ToC, in una seconda fase **sono stati identificati indicatori chiave per monitorare il conseguimento degli output (attività) previsti per l'implementazione del pilota**. Tenuto conto che non è stata ritenuta fattibile una valutazione degli *outcome* entro i tempi del progetto, il focus dello sviluppo degli indicatori è stato sul livello di raggiungimento degli *output* del modello ToC.

A livello lombardo, gli indicatori individuati sono stati inclusi in un **Questionario sul livello di avanzamento dell'implementazione pilota** che le singole EI hanno provveduto a compilare per via telematica (allegato 6) in fase di implementazione e alla conclusione della stessa. Accanto agli indicatori raccolti attraverso il questionario, ne sono stati raccolti altri attraverso il **Sistema Informativo Salute Mentale regionale**. Nello specifico indicatori relativi all'arruolamento dei pazienti e al monitoraggio degli interventi effettuati all'interno della BP, monitorati più volte durante il processo di implementazione e aggiornati alla fine di settembre 2024.

2.2.8 Il punto di vista degli operatori delle Équipe di Implementazione

Dai confronti con gli operatori coinvolti in prima persona nel processo di implementazione emerge che:

- La **JA** ha rappresentato una **spinta e una cornice di riferimento per le ASST a pensare e programmare** le aree da implementare.
- La **formazione** ha facilitato l'implementazione rappresentando una **spinta a implementare i percorsi di cura più appropriati con DBP**.
- La **SWOT** e il **PAP** sono risultati strumenti utili ai fini di una maggiore **consapevolezza sul contesto in cui implementare e sui suoi punti di forza e criticità**.

- La **difficoltà di arruolamento di pazienti al primo contatto** (con il conseguente arruolamento di pazienti già seguiti da UONPIA oppure già in carico ai CPS) e le **liste di attesa rispetto alle visite dello Psichiatra e dello Psicologo** hanno avuto un impatto significativo sulla fase iniziale del progetto.
- **L'arruolamento dei pazienti, l'erogazione degli interventi e la comunicazione interna al DSMD** sono risultati **più facilmente implementabili** rispetto alla costruzione di reti intersettoriali e della comunicazione esterna con i Servizi Sociali e le Associazioni.
- La **difficoltà di comunicazione e di condivisione tra Direttori di Struttura Complessa di Psichiatria e di DSMD da un lato e operatori dall'altro** rispetto agli obiettivi della JA e della BP ha condizionato ove presente il processo di implementazione.

2.2.9 Il punto di vista delle Associazioni Familiari

Le associazioni regionali di familiari hanno evidenziato come:

- il livello di **coinvolgimento dei DSMD** sul tema della collaborazione con le Associazioni **Familiari** sia stato **eterogeneo, facilitando o ostacolando la collaborazione intersettoriale con le associazioni a livello locale**.
- sia importante favorire la **collaborazione intersettoriale tra i DSMD e le Associazioni di Familiari** locali per condividere reciproche risorse. È auspicabile non solo attivare gruppi di *Family Connection* per familiari di pazienti in trattamento, ma anche per i familiari di pazienti non aderenti alle cure (pazienti che faticano ad accedere o si rifiutano di accedere ai percorsi di cura offerti dai servizi sul territorio o pazienti che sono inseriti in struttura residenziale o detenuti).

2.3 LA SOSTENIBILITÀ (FASE DI POST IMPLEMENTAZIONE)

La **sostenibilità** si riferisce all'opportunità di **garantire l'attività del progetto oltre il termine della JA**. Tra le azioni mirate a questo fine è stato attivato il **Gruppo di Consultazione**, formato dai principali stakeholder regionali: i referenti istituzionali a livello di Regione Lombardia, quelli delle principali categorie professionali dei DSMD lombardi, i rappresentanti di associazioni di familiari e utenti, i formatori del processo di implementazione regionale e gli esperti nel trattamento del DBP. Questo gruppo ha rappresentato negli ultimi mesi del 2023 e nel 2024 un embrione di quello che si sarebbe formato nel successivo incontro di **Policy Dialogue**.

Il **22 luglio 2024** c/o il Palazzo di Regione Lombardia il **Gruppo di Implementazione Regionale** ha attivato una sessione di **Policy Dialogue** riunendo gli esperti, i politici, e gli stakeholders di vari settori per condividere conoscenze, esperienze e proposte in tema di **sostenibilità dell'azione migliorativa** dopo la fine della JA, a partire dai risultati intermedi del **processo di implementazione attivato nelle ASST lombarde aderenti al progetto**.

Oltre al **Policy Dialogue**, l'altro strumento utilizzato per l'identificazione di obiettivi per il consolidamento e/o l'estensione delle azioni pilota dopo la fine della JA è stata una **semplice Roadmap di Implementazione**. Questo strumento di facile applicazione che può essere utilizzato come piano strategico per definire gli **obiettivi** corrispondenti ai risultati desiderati, le **condizioni** per il raggiungimento degli stessi e i relativi **tempi** previsti. All'interno della JA ogni Paese ha steso la propria mappa, partendo da un modello comune.

La Roadmap di Regione Lombardia (allegati 7 e 8) mostra il risultato delle traiettorie individuate a livello di Gruppo di Implementazione Regionale sulla scorta degli elementi acquisiti attraverso gli incontri di monitoraggio a livello locale. In particolare, un paio di ASST campione ha steso la propria Roadmap, anticipando il compito che in un secondo tempo è stato consegnato anche alle restanti ASST, unitamente ad apposita guida di compilazione. A livello di ASST sono state compilate 14 Roadmap su un totale di 18 previste. La Roadmap Regionale e le due Roadmap locali campione sono state presentate nel corso dell'incontro di **Policy Dialogue** sopra menzionato, insieme con una descrizione del processo di implementazione nelle 2 ASST.

3. JOINT ACTION IMPLEMENTAL: LE LEZIONI APPRESE

L'estensione della BP a due terzi delle ASST lombarde e **il miglioramento della qualità della cura** per i pazienti inclusi nel progetto sono stati i risultati principali di questa implementazione; sostanzialmente i pazienti arruolati hanno ricevuto con maggiore frequenza interventi psicosociali precoci e intensivi. Questi risultati, sia in termini di estensione territoriale sia in termini di attività rivolta ai pazienti e ai familiari, sono stati raggiunti non solo grazie all'adesione e alla motivazione del personale dei DSMD ma anche attraverso la capacità dei DSMD, intesi come organizzazione, di accogliere l'innovazione e lavorare per consolidarla, anche in un momento di crisi come l'attuale.

Il ruolo del sistema di salute mentale regionale nel raggiungere questi risultati è stato decisivo. Nel confronto con gli altri Paesi che hanno partecipato alla JA, Regione Lombardia e l'Italia avevano un vantaggio rilevante: un sistema territoriale di salute mentale sviluppato da quaranta anni con una ricca rete di servizi territoriali. La struttura del sistema lombardo, incentrata sul territorio, ha permesso l'estensione di questa sperimentazione a due terzi delle ASST lombarde e di sostenerne l'implementazione. Accanto al sistema regionale, anche quello preesistente a livello locale ha esercitato una forte influenza, spesso facilitando talvolta ostacolando l'implementazione. La tradizione dei servizi lombardi di attenzione ai pazienti agli esordi, l'expertise in alcuni tipi di trattamenti, il coinvolgimento di personale già in servizio nei CPS sono risultati punti di forza, mentre la carenza di risorse umane nei CPS, la difficoltà nella costruzione di reti intersettoriali, la mancanza di attenzione da parte dei Direttori (sia a livello di DSMD che aziendale) hanno invece condizionato negativamente, anche in modo significativo, il processo di implementazione.

Ma l'interesse per questo processo va oltre i risultati ottenuti in termini di attività erogata. Altri risultati derivano dalle lezioni apprese lungo il percorso: l'esperienza della JA può essere utile a identificare i fattori favorevoli e gli ostacoli anche per progetti futuri, sia a livello locale che regionale. Di seguito riassumiamo le **lezioni apprese** durante l'implementazione a livello regionale, **accompagnate da raccomandazioni** utili per garantire la sostenibilità dell'attuale azione migliorativa e per rendere più efficaci futuri progetti nel campo della salute mentale.

- **Il personale delle Strutture Complesse di Psichiatria** rappresenta un punto di forza. È personale che non è stato assunto specificamente per il progetto, ma che con un contratto a tempo indeterminato o libero professionale era già presente nei servizi e probabilmente lo sarà nei prossimi anni. Ciò ha permesso di guardare al processo di sostenibilità di questa azione migliorativa in modo più ottimistico. Questo personale da un lato è stato sensibile al tema degli interventi precoci nei giovani con disturbo mentale grave e dall'altro, in alcuni casi, aveva già ricevuto una formazione sul trattamento psicosociale del DBP.
 - **Raccomandazione.** *Consolidare e potenziare all'interno dei CPS le équipe specialistiche dedicate ai giovani.*

- **La formazione** è stata decisiva per attivare il processo di implementazione: la qualità delle giornate formative e la soddisfazione degli operatori sono state sicuramente punti di forza di questo progetto. Gli stessi hanno richiesto l'estensione della formazione ad altro personale e l'attivazione di supervisioni sui contenuti clinici. Tuttavia, la formazione da sola non garantisce magicamente l'implementazione. Senza un'attenzione strutturata a come trasferire i contenuti formativi nel mondo reale dei servizi, gli operatori spesso non riescono a dare loro attuazione. Un elemento su cui riflettere è il fatto che, nel passaggio dalla formazione all'implementazione, più della metà del personale formato non abbia poi partecipato al processo di implementazione. La causa è che in cinque casi la Struttura Complessa, pur avendo mandato gli operatori alla formazione, non ha poi attivato il processo di implementazione, mentre in altri casi il personale formato non lavorava in strutture territoriali in grado di implementare. In particolare, nei progetti regionali è necessario precedere o accompagnare la formazione con attività di pianificazione declinate a livello di DSMD, che indichino con chiarezza gli operatori e le strutture che saranno impegnati dopo la formazione nel processo di implementazione.

Raccomandazioni.

- *Estendere il processo di formazione anche ad altri operatori/strutture, accompagnandolo con forme di supervisione ed implementando una rete di raccordo regionale tra le diverse ASST, in modo da permettere uno scambio di esperienze anche organizzative.*
 - *Individuare a livello di DSMD, prima dell'inizio della formazione, il personale che parteciperà alla formazione e le strutture che si attiveranno, con lo scopo di favorire la rapida applicazione dei contenuti formativi nelle pratiche dei servizi.*
- È stato utile all'interno della JA dedicare un'attenzione mirata al processo di implementazione attraverso l'utilizzo **di strumenti specifici di pianificazione**: a partire dall'analisi della situazione iniziale e dei bisogni (*Analisi SWOT*) e dalla definizione degli obiettivi (*Theory of Change*), per arrivare ad una valutazione dei risultati, basata su indicatori, attraverso la traduzione degli stessi in azioni da implementare (*Piano di Azione*).
 - ***Raccomandazione.*** *Inserire in tutti i progetti di implementazione specifici strumenti di analisi dei bisogni, di definizione degli obiettivi e di pianificazione delle attività.*
- **Il coordinamento a livello regionale** ha rappresentato una grande risorsa: la capillare azione di monitoraggio delle singole realtà locali delle ASST, la messa in rete delle stesse in un sistema di raccordo regionale e lo stimolo continuo alle attività di pianificazione e valutazione hanno permesso di supportare il lavoro delle singole EI a livello locale, favorendo il processo di implementazione.
 - ***Raccomandazione.*** *Prevedere sempre all'interno dei progetti regionali un'attività di coordinamento regionale, che garantisca un contatto continuativo*

con i nuclei di implementazione ed il monitoraggio dello stato di avanzamento del progetto.

- All'interno del processo di implementazione, le aree di maggiore difficoltà per le EI hanno riguardato **la collaborazione intersettoriale** con gli *stakeholder* esterni alla rete sanitaria, quali ad esempio i servizi sociali. La crisi legata soprattutto alla carenza di risorse umane, ma non solo a quelle, ha sicuramente reso meno incisiva l'attività dei servizi a livello di collaborazione intersettoriale.
 - **Raccomandazione.** *Consolidare la collaborazione istituzionale intersettoriale nel trattamento dei giovani con DBP sia a livello di Regione Lombardia che di ATS e includere questo obiettivo all'interno della pianificazione ASST/ATS.*
- A fronte della mancanza di percorsi di cura omogenei a livello territoriale per i giovani con DBP, è emersa la necessità di strutturare un **percorso di cura regionale** che metta in rete le diverse EI. Questo percorso non si può però esaurire all'interno del settore sanitario, ma deve integrarsi con il settore sociosanitario e sociale così come con le associazioni di utenti e familiari al fine di favorire l'inclusione sociale e la *recovery*.
 - **Raccomandazione.** *Attivare un percorso di cura a livello regionale, sul modello dei PDTA, per migliorare la qualità della cura erogata e favorire il processo di inclusione sociale e recovery per i giovani con DBP.*
- Se il fulcro dell'attività clinica rivolta ai pazienti giovani con DBP sono gli interventi psicosociali, un'attenzione particolare, soprattutto in questi tempi di crisi delle risorse umane dei DSMD, va rivolta allo spettro dei possibili erogatori di tali interventi. È necessario promuovere all'interno dei Dipartimenti **processi di task sharing** che favoriscano un utilizzo pieno delle risorse umane già presenti, favorendo l'erogazione di interventi psicosociali strutturati da parte di operatori non clinici (infermieri, educatori, terapisti della riabilitazione) e l'assunzione da parte degli stessi della funzione di *case manager*. In alcuni casi la difficoltà delle strutture ad impegnarsi nel processo di implementazione è stata legata proprio alla scelta di un coinvolgimento importante di figure mediche, che non è risultato poi sostenibile, rispetto invece alla possibilità di delega ad altre figure professionali.
 - **Raccomandazione.** *Promuovere e monitorare i processi di task-sharing e task-shifting nel trattamento dei giovani con DBP, sia all'interno del percorso di cura regionale che a livello dei singoli DSMD.*
- La JA è stata anche utile per fare il punto sul valore e l'applicazione di alcune procedure, come **la condivisione del PTI con il paziente o l'assegnazione della funzione di case manager**, che nonostante siano state adottate da anni nei servizi, sembrano avere perso in parte il loro significato di "buone pratiche" mirate a favorire il processo di *recovery* del paziente, e corrono il rischio di rimanere confinate tra gli adempimenti amministrativi.

Anche la definizione dei percorsi di cura da attribuire ai pazienti, in particolare quello di presa in carico, è apparsa in alcune realtà locali non chiara. A queste difficoltà ha contribuito in alcuni casi il fraintendimento sull'attribuzione del PTI a pazienti fino ad allora considerati nella categoria delle "assunzioni in cura" e non delle "prese in carico", mentre per la mancata nomina del case manager, la causa può essere ricercata anche nell'esiguità del personale presente nell'El.

- **Raccomandazione.** *Diffondere i criteri per la condivisione del PTI con il paziente e per l'attribuzione della figura di case manager e monitorare il loro effettivo utilizzo come strumento del processo di recovery del paziente.*
- Un discorso a parte riguarda **l'attività rivolta ai familiari ed i rapporti con le associazioni di utenti e familiari**. L'attivazione degli interventi psicosociali specificatamente rivolti a questi ultimi ha interessato solo un terzo di essi e circa un terzo delle ASST non è stata in grado di far partire i gruppi di *Family Connection*, veicolati dalla formazione. È chiaro come le carenze di personale incidano su questi risultati, ma è presente anche una capacità non omogenea dei DSMD di coinvolgere e farsi coinvolgere dalle associazioni di familiari e di utenti, che possono invece a loro volta collaborare all'erogazione di interventi psicosociali e diventare preziosi alleati. Le stesse associazioni di familiari e utenti si stanno muovendo da un'attenzione focalizzata prevalentemente sui problemi della cronicità verso una più ampia e inclusiva, rivolta anche ai giovani all'esordio di un disturbo mentale grave.
 - **Raccomandazione.** *Garantire in tutti i DSMD un collegamento organico con le associazioni di utenti e familiari per favorire un loro coinvolgimento nell'erogazione di interventi psicosociali, rivolti a familiari e concordati con il DSMD, e come alleati nel processo di recovery.*
- Come già accennato, sul piano della cultura dei servizi la JA ha riproposto i temi della **collaborazione intersettoriale, dell'inclusione sociale e della recovery**, che sono fortemente sponsorizzati sia dalla Commissione Europea che dall'Ufficio Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Questi temi sono già parte integrante della cultura dei servizi lombardi, ma senza un lavoro di continuo rinforzo nelle pratiche dei servizi, rischiano di non avere ricadute concrete sulla qualità della cura.
 - Raccomandazioni.**
 - *Integrare i temi della recovery e dell'inclusione sociale all'interno del percorso di cura regionale e declinarli attraverso azioni misurabili.*
 - *A livello locale coinvolgere il paziente nella definizione del proprio programma di trattamento ed attivare la collaborazione delle associazioni di utenti e familiari, del terzo settore e dei servizi sociali dei Comuni, monitorando i risultati.*
- **La disseminazione dei risultati e la comunicazione**, sia con gli altri stakeholder che con la popolazione, restano una sfida per i DSMD, che sono in genere più focalizzati sull'implementazione degli interventi innovativi al proprio interno che su l'attività di

comunicazione rivolta all'esterno e finalizzata a informare un pubblico più ampio sul proprio operato.

- **Raccomandazione.** *Sviluppare, in occasione di progetti, un rapporto più stretto con le Strutture aziendali dedicate alla comunicazione per favorire l'informazione della popolazione sulle attività innovative promosse dai DSMD.*

- **Il monitoraggio e la valutazione** rappresentano, infine, strumenti indispensabili per lo sviluppo di progetti e per l'analisi dei loro risultati. Regione Lombardia ha acquisito in questi anni una considerevole *expertise* nell'utilizzo dei sistemi informativi non solo per monitorare le attività erogate, ma anche per valutarne la qualità. Dal confronto con gli altri paesi partecipanti alla JA, è emerso chiaramente che un sistema informativo per la salute mentale, come quello regionale e nazionale, rappresenta una ricchezza ed un punto di forza del sistema di salute mentale. Necessita però di una manutenzione continua della qualità dei dati inseriti, in particolare riguardo la completezza e l'aggiornamento delle diagnosi e delle variabili socio-demografiche e di contatto dei pazienti. In aggiunta a questa capacità di analisi, in gran parte già utilizzata durante lo svolgimento della JA, è stata segnalata da più parti, e in particolare da parte delle associazioni di familiari, la necessità di valutare gli esiti dei trattamenti implementati.

Raccomandazioni.

- *Utilizzare routinariamente il sistema informativo salute mentale regionale per monitorare le attività erogate nell'ambito di progetti e per valutare la loro qualità.*
- *Migliorare la qualità dei dati inseriti nel sistema informativo regionale, ad esempio aggiornando periodicamente le diagnosi, per migliorare l'appropriatezza degli interventi.*
- *Accompagnare il monitoraggio anche con una valutazione dell'esito delle pratiche e dei trattamenti.*