



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

Anno XXIX • n. 2 • luglio-dicembre

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

Fondata e Diretta da:

Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:

Massimo Rabboni (Bergamo)
Massimo Clerici (Monza)

Comitato Scientifico:

Claudio Mencacci (Milano, MI)
Gianluigi Tomaselli (Treviglio, BG)
Giorgio Cerati (Legnano)
Emilio Sacchetti (Brescia)
Silvio Scarone (Milano)
Gian Carlo Cerveri (Milano)
Arcadio Erlicher (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Costanzo Gala (Milano)
Gabriella Ba (Milano)
Cinzia Bressi (Milano)
Claudio Cetti (Como)
Giuseppe De Paoli (Pavia)
Nicola Poloni (Varese)
Antonio Magnani (Castiglione delle Stiviere, MN)
Gianluigi Nobili (Desenzano, BS)
Andrea Materzanini (Iseo, BS)
Alessandro Grecchi (Varese)
Francesco Bartoli (Monza)
Lucia Volonteri (Milano)
Antonino Calogero (Castiglione delle Stiviere, MN)

Segreteria di Direzione:

Giancarlo Cerveri

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.

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

IN PRIMO PIANO

- 3** L'indifferenza
di Giannelli A.
- 9** La legge regionale in materia di salute
mentale
di Cerati G.
- 12** La Legge di Riforma relativa alla salute
mentale
Un'esperienza ricca di sorprese
di Cetti C.

SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

- 16** Proposta di Algoritmo per la scelta
del trattamento con antipsicotico in
acuto e nel lungo termine nella patologia
Schizofrenica
di Cerveri G., Mencacci C.
- 24** Il modello multifamiliare e la metafora
lavoro
*Identità sociale e costanza percettiva del sé
nelle relazioni complesse, una prospettiva
evolutiva e prognostica*
di Borgogno F.V., Pismataro C.P.
- 31** Utilizzo della Cannabis
*Stato dell'arte su un campione di soggetti
afferenti all'area metropolitana milanese*
di Cucchi M., Migliarese G., Ali S.,
Cerveri G., Clerici M., Mencacci C.

- 39** La Comunità socio educativa
residenziale (Co.s.e.r.) di Force e la
Residenza Protetta di Comunanza
*Il rapporto tra ospiti delle strutture
e cittadinanza e le prime necessità
emergenti dopo il sisma*
di Damiani T., Talamonti Rea S., Passalacqua
A., Petrini V., Mazzaroni C., Giaccio P.,
Iachini S., Satulli M.C., Iachini M.G.,
Baldassarri C., Tešla V., Valentini V., Gianni
D., Addis A., Guidotti R., Picciotti G., Galie
V., Acciaroli T., Alesiani R., Nicolai D., Caucci
C., Travaglini D., Pucci A., Gaspari M.

- 43** Conseguenze psicologiche e sociali dei
terremoti nell'Italia centrale
*Esperienza nell'Ambito Territoriale Sociale
XXIV della Regione Marche al primo no-
vembre 2016*
di Damiani T.

- 47** Diagnosi e trattamento di un
caso di psicosi puerperale con
sintomi schizofrenici e mancato
suicidio-infanticidio
di Grecchi A., Beraldo S., Marzolini M.,
Mattavelli S., Biffi G.

- 54** Un modello di prevenzione e cura
dei disturbi psichici gravi in età giovanile
(15-24 anni)
di Percudani M., Parabiaghi A., D'Avanzo B.,
Bassi M., Cardamone G., Costantino A.,
Lora A., Maranesi T., Vaggi M., Gruppo di
Lavoro Progetto CCM 2013

- 66** Coinvolgimento e interventi con familiari
e carers di pazienti con disturbo
borderline di personalità
di Porcellana M., Morganti C.,
Saverino F., Carigi T., Rossi G.

PSICHIATRIA FORENSE

- 74** L'importanza della cartella clinica
di Mantovani R.

IN COPERTINA: *Recumbent Figure*

Henry Moore, 1938

© The Henry Moore Foundation. All Rights Reserved

Un modello di prevenzione e cura dei disturbi psichici gravi in età giovanile (15–24 anni)

Mauro Percudani¹, Alberto Parabiaghi²,
Barbara D'Avanzo², Mariano Bassi³,
Giuseppe Cardamone⁴, Antonella Costantino⁵,
Antonio Lora⁶, Teo Maranesi⁷, Marco Vaggi⁸
e Gruppo di Lavoro Progetto CCM 2013*

ABSTRACT

Nel corso dell'ultimo decennio, nei servizi di salute mentale italiani sono stati attivati diversi servizi per la diagnosi e la cura degli utenti con disturbi psichici ad esordio giovanile e per la presa in carico precoce di questi casi. Questo articolo illustra i risultati di un progetto inter-regionale che ha operato per implementare nei servizi psichiatrici di tre regioni italiane un modello di riconoscimento e cura degli "stati mentali a rischio" nei giovani tra i 15 e i 24 anni, con un approccio fortemente orientato alla prevenzione. Il progetto, finanziato dal Ministero della Salute attraverso il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie, mirava a testare la fattibilità di questo modello di prevenzione superando le barriere interne al sistema dei servizi di salute mentale e valutando l'attività clinica condotta, il flusso di accesso di utenti e le loro caratteristiche. A questo scopo, nel periodo 2014-2016 è stato definito e applicato un modello organizzativo in sei Dipartimenti di Salute Mentale italiani in cui mettere in atto azioni coordinate per favorire l'integrazione tra i servizi di salute mentale per i bambini e gli adolescenti e per quelli per gli adulti, l'accessibilità dei servizi per i giovani, le competenze nella valutazione e nel trattamento degli stati mentali a rischio di psicosi, nonché la capacità di trattare gruppi vulnerabili come gli immigrati di prima e seconda generazione. Al contempo, sono state promosse coalizioni comunitarie locali per migliorare la consapevolezza della

necessità di prevenire i disturbi mentali e di migliorare la capacità della comunità di mettersi in rapporto con i ragazzi che ne soffrono. Durante 12 mesi sono stati valutati dalle équipe integrate 376 soggetti tra i 15 e i 24 anni, tra i quali vi era una prevalenza di stati mentali a rischio di psicosi che andava dal 2 al 21%. Il modello di prevenzione delle psicosi basato sulle équipe integrate e la coalizione comunitaria si è dimostrato fattibile. Ne discutiamo qui i punti deboli e le barriere che possono frapporsi alla sua implementazione.

SUMMARY

In the 2000s, a number of early psychosis teams were created in Italy to promptly ensure patients' engagement with best-possible psychosocial treatments. The study presented in this paper explores the feasibility of the translation of the ultra-high risk (UHR) model into Italian community mental health services in order to move their action towards a more prevention-oriented approach. This study, funded by the National Centre for Disease Prevention and Control, aimed at assessing the feasibility of the proposed prevention model, by uncovering the barriers within Italian mental health system and by evaluating the prospects for success in terms of clinical activity, recruitment flow, and patients' characteristics. During the past two years a model of service organization was developed and applied to six Italian mental health departments. Coordinated actions to improve the integration between child and adult mental health services, the accessibility to services for young and adolescents, the competence on the assessment and treatment of UHR individuals, and the capacity to deal with vulnerable groups like first- and second-generation immigrants were performed. Local community coalitions for improving awareness on the need for mental health prevention, and for ameliorating community's ability to deal with this problem were established. During twelve months, a total of 376 subjects, aged 15–24 years, were assessed by the study teams with a prevalence of UHR

individuals ranging 2-21%. The UHR model with integrated community coalition proved transferability to Italian services. Some pitfalls and barriers were identified and discussed, including concern about its long-term sustainability.

INTRODUZIONE: LA PREVENZIONE COME OBIETTIVO CARATTERIZZANTE

Una rete di servizi che abbia come obiettivo la tutela della salute mentale nella popolazione giovanile dovrebbe concepire gli interventi in termini di prevenzione. In tale fascia di età, infatti, la prevenzione è un obiettivo primario, non solo come prevenzione universale e in assenza di disturbi, ma anche a ogni livello di progressione del disagio psichico.

Nei servizi di salute mentale italiani sono stati attivati, negli ultimi anni, diversi servizi e/o equipe per la diagnosi e la cura degli utenti con disturbi psichici ad esordio giovanile e per la presa in carico precoce di questi casi. La prevalenza trattata di soggetti di età giovanile rimane tuttavia ancora inferiore alle attese e il sottogruppo di utenti giovani è una percentuale limitata del totale degli utenti seguiti dai servizi psichiatrici (Lora et al., 2011; Percudani et al., 2012). Risulta inoltre ancora difficoltosa l'integrazione tra i servizi di neuropsichiatria infantile, delle dipendenze e di salute mentale, e molto si deve ancora fare per raggiungere efficacemente i giovani e gli adolescenti. Il modello dell'intervento precoce, infine, agisce ad un livello di prevenzione secondaria, quando cioè il disturbo è già conclamato, ed è fortemente condizionato dalle difficoltà che i giovani hanno nell'accesso ai servizi sanitari.

Il modello di servizio di salute mentale per i giovani e gli adolescenti che si sta imponendo a livello internazionale mira invece ad individuare ancora più precocemente i giovani che potrebbero sviluppare un disturbo psichico grave. Esso si è dotato di strumenti clinici per individuare e classificare i cosiddetti "stati mentali a rischio" e di

strumenti organizzativi per raggiungere, individuare ed accogliere i giovani che iniziano a manifestare problemi con possibile evoluzione negativa, ed è caratterizzato dal superamento della separazione delle competenze tra i servizi di neuropsichiatria infantile e quelli di psichiatria per gli adulti dedicati all'assistenza per la fascia d'età dai 15 ai 24 anni (Phillips et al., 2002; McGorry, 2007; Fusar-Poli et al., 2012). La possibilità di accedere tempestivamente ad una valutazione è comunque l'elemento caratterizzante di ogni modello di intervento in questo ambito. Accessibilità e attrattività di tali servizi appaiono quindi centrale quanto l'integrazione tra le specialità.

GLI STATI MENTALI RISCHIO NEI GIOVANI

Sono stati validati dei criteri diagnostici in grado di identificare nei giovani i cosiddetti stati mentali a rischio di psicosi, una popolazione clinicamente sintomatica e con un significativo grado di disabilità che necessita di cure (Fusar-Poli et al., 2015). In seguito a ciò, la quinta versione del manuale diagnostico statistico per i disturbi mentali ha incluso la Sindrome Psicotica Attenuata come diagnosi da approfondire (DSM V: APA, 2014).

Nei soggetti identificati come stati mentali a rischio il tasso di transizione a forme gravi e conclamate di psicosi, come la schizofrenia, è clinicamente rilevante e si attesta su percentuali intorno al 20%, ad un anno, e al 30% a due anni (Fusar-Poli et al., 2012). Anche chi non subisce una transizione psicotica rimane comunque spesso sintomatico e con una significativa quota di disabilità e di ridotta qualità di vita (Addington et al., 2011; Bechdolf et al., 2005).

Alcuni specifici interventi si sono dimostrati efficaci nel ridurre il rischio di transizione in psicosi e nel migliorare i sintomi e il funzionamento nei giovani a rischio così individuati. I risultati di due recenti meta-analisi mostrano che complessivamente tali interventi sono efficaci e che occorrerebbe trattare dai 4 ai 9 soggetti per riuscire ad evitare almeno un esordio psicotico (Preti & Cella, 2010;

van der Gaag et al., 2013). In particolare, i seguenti interventi sono risultati efficaci nel prevenire l'esordio psicotico in soggetti a rischio: terapie antipsicotiche a basse dosi (Phillips et al., 2007; Yung et al., 2011; McGlashan et al., 2006); la somministrazione di omega-3 per un periodo di tre mesi (Amminger et al., 2010), alcuni protocolli di psicoterapia cognitivo-comportamentale (Morrison et al., 2004; Bechdolf et al., 2012; van der Gaag et al., 2012) ed un intervento psicosociale intensivo con il coinvolgimento delle famiglie (Nordentoft et al., 2006).

Come sopra accennato, negli ultimi anni si sono accumulate evidenze della presenza di una fascia di rischio in cui comportamenti e sintomi si manifestano in assenza di un episodio psicotico acuto ma per cui è utile un monitoraggio attento e per cui sono già disponibili interventi poco invasivi e con evidenza di efficacia (Bechdolf et al., 2005; Addington et al., 2011; Preti & Cella, 2010; van der Gaag et al., 2013; Fusar-Poli et al., 2012; Yung, 2013). L'identificazione ancora più precoce dei soggetti a rischio significa intervenire opportunamente per alleviare i sintomi e ridurre il rischio di deriva sociale e, in termini clinici, ridurre il periodo di psicosi e di malattia non trattata.

Il modello di valutazione e di intervento psicologico negli stati mentali a rischio di psicosi è ormai una realtà consolidata in molti paesi. Ricordiamo in particolare i centri di Melbourne (PACE), di Manchester (EDIE) e di Colonia (FETZ) attivi da ormai più di un decennio (Bechdolf et al., 2006). Si sta però recentemente sviluppando anche un analogo modello per gli stati mentali a rischio di disturbo affettivo bipolare (Miklowitz et al., 2011 & 2013; Zeschel et al., 2015).

IL RUOLO DEL COINVOLGIMENTO DELLA COMUNITÀ NELLA PREVENZIONE DEI DISTURBI PSICHICI GRAVI NEI GIOVANI

Il modello di intervento precoce implica un approccio preventivo che può avvenire a due livelli: i) nei servizi di salute mentale, avviando interventi opportunamente

modulati; ii) fuori dai servizi di salute mentale, responsabilizzando e sensibilizzando le agenzie educative, sociali e sanitarie che lavorano con i giovani all'identificazione di comportamenti e segni che richiedono attenzione, sia per far sì che i soggetti a rischio di disturbi gravi arrivino precocemente ai servizi, sia affinché i contesti in cui si svolge la vita delle persone a rischio dia le risposte migliori.

I progetti di implementazione dell'intervento precoce nelle psicosi si sono caratterizzati in Italia per una mobilitazione essenzialmente interna ai servizi, che ha portato importanti cambiamenti organizzativi, di stile e modalità di approccio ai giovani, di offerta di interventi e di scelte farmacologiche, di coinvolgimento dei familiari. La collaborazione con le scuole, l'alleanza con figure leader nel mondo dei giovani, che le prime formulazioni del modello del trattamento precoce degli esordi teorizzavano, sono state implementate solo in esperienze locali.

Se i servizi ritengono che la prevenzione delle psicosi o della disabilità connessa alle psicosi rappresenti un obiettivo non solo di loro pertinenza, ma anche perseguibile, vanno previste modalità di collaborazione con agenzie e soggetti esterni al servizio. L'intercettazione dei casi a rischio deve prevedere modalità di identificazione ancora più sensibili e specifiche di quelle attuate per gli esordi, perché in buona parte questi si collocano al di fuori dei servizi di salute mentale, ma spesso anche dei servizi sociali in via.

La mobilitazione della comunità a scopo di prevenzione dei disturbi mentali e la promozione della salute è stata declinata in diversi modelli di intervento sociale ed educativo (Butterfoss et al., 2002; Granner & Sharpe, 2003). Tra questi, il modello della Community Coalition è stato utilizzato per sostenere, ad esempio, la prevenzione dell'abuso di alcool, tabacco e di comportamenti devianti a livello di comunità (Hawkins et al., 2009). Le coalizioni sono alleanze di lavoro tra molteplici soggetti, collaborative e sinergiche che condividono un obiettivo e dotate di una struttura definita in cui organizzazioni di natura diversa e con interessi diversi si coalizzano su un

obiettivo comune esterno, di solito diverso dall'obiettivo di ciascuna organizzazione.

Il modello della Community Coalition è stato adottato allo scopo di migliorare la risposta comunitaria a persone che manifestano comportamenti e segni di disagio e rischio significativo di disturbi mentali gravi. La risposta migliora se si abbassa lo stigma che grava sui comportamenti anomali e sui disturbi mentali, si incrementa la capacità di inclusione delle persone che presentano queste caratteristiche e si rendono noti, accessibili e accettabili servizi di salute mentale in grado di accogliere e valutare in modo rapido e poco medicalizzato.

Si tratta di un modello di mobilitazione comunitaria strutturato. In esso, i servizi di salute mentale possono avere il compito di definire il problema, ma gli obiettivi, i mezzi e le modalità di lavoro per l'obiettivo comune dovranno essere definiti dalla coalizione.

IL PROGETTO CCM 2013: INTERVENTI INTEGRATI PER FAVORIRE IL RICONOSCIMENTO E IL TRATTAMENTO PRECOCE DEI DISTURBI PSICHICI GRAVI IN ETÀ GIOVANILE (15-24 ANNI)

Il presente articolo illustra i risultati di un progetto inter-regionale, finanziato dal Ministero della Salute nell'area CCM, coordinato da Regione Lombardia, a cui hanno partecipato diversi Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) lombardi (Garbagnate, Niguarda, Sacco, Lecco, Policlinico), oltre che le Regioni Liguria (DSM di Genova) e Toscana (DSM di Grosseto). Il progetto si colloca nell'area di diagnosi e intervento precoce delle psicosi e trova fondamento nelle evidenze scientifiche a sostegno della prevenzione, delle criticità attuali nel trattamento dei disturbi psichici in età giovanile, della presenza di gruppi a rischio con specificità culturali, delle indicazioni provenienti dal Ministero della Salute e dalla Regione Lombardia, nonché dalle priorità individuate dal lavoro già in essere nelle realtà delle Regioni partecipanti al progetto.

Il progetto ha rivolto particolare attenzione ad adolescenti e giovani appartenenti a gruppi in cui si è riscontrata una vulnerabilità più elevata: migranti di prima e seconda generazione; ragazzi giunti in Italia attraverso adozioni internazionali; figli di pazienti affetti da disturbi mentali gravi.

Il modello di prevenzione adottato si è dotato di strumenti clinici per individuare e classificare i cosiddetti "stati mentali a rischio" e di strumenti organizzativi per raggiungere ed accogliere i giovani che iniziano a manifestare tali problemi. La possibilità di accedere tempestivamente ad una valutazione clinica è l'elemento caratterizzante. La questione dell'accessibilità e dell'attrattività appare quindi centrale quanto quella dell'integrazione tra i servizi rivolti all'adolescenza (NPIA) e quelli rivolti alla età adulta (PSICHIATRIA).

Il progetto si è caratterizzato per la messa in opera di tali strumenti e per i buoni risultati della loro implementazione:

1. formazione specifica su concetti transculturali e su strumenti di assessment ancora poco utilizzati nella realtà dei servizi italiani (es. la scala CAARMS);
2. formulazione di una proposta partecipativa nella prevenzione dei soggetti attivi sul territorio a contatto con i giovani (coalizione comunitaria);
3. creazione di nuovi assetti organizzativi nei servizi di salute mentale volti a creare collaborazioni stabili e strutturate della psichiatria per gli adulti e della neuropsichiatria infantile (Equipe Giovani integrate) (Percudani et al., 2013);
4. identificazione ed utilizzo di sedi adatte;
5. sviluppo di percorsi di cura specifici e fondati sulle evidenze;
6. produzione di una messe di dati indicativa dell'attività svolta e di quanto il tipo di disagio giovanile esplorato dal progetto sia comune e grave.

OBIETTIVI DEL PROGETTO

Obiettivo centrale di questo progetto è stato facilitare

l'individuazione di problematiche emergenti tra i giovani attraverso un significativo miglioramento della partecipazione attiva e competente dei soggetti istituzionali e non istituzionali delle comunità coinvolte e costruendo un nuovo modello di accessibilità dei servizi e di capacità dei servizi stessi di accogliere e valutare il disagio dei giovani. Più in dettaglio, gli obiettivi sono stati:

- Avviare percorsi di mobilitazione comunitaria con il coinvolgimento dei diversi attori della rete sociale per favorire il riconoscimento dei disturbi psichici gravi in età giovanile e l'invio ai servizi sanitari appropriati, con particolare attenzione a gruppi di popolazione a rischio e, in primo luogo, alla popolazione immigrata.
- Rendere più accessibili i servizi per la salute mentale e i percorsi di cura specificamente dedicati alla popolazione a rischio ed in condizione di vulnerabilità
- Costituire e sviluppare equipe funzionali multidisciplinari integrate NPIA, psichiatria, area della psicologia e delle dipendenze che coinvolgano operatori di diverse professionalità
- Garantire interventi non stigmatizzanti per l'area giovanile (15-24 anni), che permettano l'individuazione precoce delle patologie psichiche gravi all'esordio e di conseguenza facilitino l'accesso ai servizi competenti per la cura e la presa in carico.
- Elaborare percorsi di cura specifici per la diagnosi e la presa in carico dei soggetti in età giovanile (15-24 anni) a rischio di sviluppare disturbi psichici gravi ed appartenenti a sottopopolazioni a rischio
- Individuare strumenti appropriati per la valutazione diagnostica e di esito, offrire formazione dedicata su tali percorsi e strumenti agli operatori dei servizi per la salute mentale.
- Monitorare e valutare l'attività delle équipe integrate, con particolare attenzione ai percorsi di cura offerti alla popolazione immigrata e ad altri gruppi di popolazione vulnerabile: in particolare: migranti di prima e seconda generazione, ragazzi giunti in Italia attraverso adozioni internazionali, soggetti in età giovanile appartenenti ad

altri gruppi a rischio con particolare attenzione ai figli di pazienti affetti da disturbi mentali gravi (psicosi)

METODOLOGIA

Nei territori dei servizi partecipanti al progetto gli obiettivi sopra descritti sono stati perseguiti attraverso la facilitazione a) alla creazione di una coalizione di comunità e b) alla introduzione di opportuni cambiamenti organizzativi nei servizi che si occupano di salute mentale.

Attività specifiche del progetto sono state:

- Censimento dei soggetti della rete sanitaria e sociale da coinvolgere nel progetto;
- Costituzione di un gruppo di lavoro interdisciplinare.
- Attività formativa specificamente dedicata ai potenziali invianti.
- Costituzione delle équipe funzionali multidisciplinari integrate "Equipe Giovani" (psichiatria, NPIA, area della psicologia).
- Elaborazione di percorsi di cura specifici per la diagnosi e la presa in carico dei soggetti in età giovanile (15-24 anni) a rischio di sviluppare disturbi psichici gravi ed appartenenti a sottopopolazioni a rischio
- Individuazione di strumenti appropriati per la valutazione diagnostica e di esito e formazione dedicata su tali percorsi e strumenti agli operatori dei servizi per la salute mentale.
- Monitoraggio e valutazione dell'attività delle équipe integrate, con particolare attenzione ai percorsi di cura offerti alla popolazione immigrata e ad altri gruppi di popolazione vulnerabile.
- Valutazione dell'impatto dei percorsi di cura offerti relativamente all'adesione al trattamento e alla continuità della presa in carico.

Nel corso dei due anni del progetto, in tutti i centri partecipanti le "Equipe Giovani" sono state messe nelle condizioni di operare. Hanno ricevuto una formazione completa sia sulle attività di assessment che su quelle inerenti la specificità socio-culturale delle popolazioni

migranti. Hanno inoltre ricevuto una supervisione continua sui casi clinici per perfezionare e rendere omogenea l'attività di valutazione clinica. È infine stato messo a punto un protocollo di intervento per gli stati mentali a rischio basato sulla terapia cognitivo-comportamentale (CBT), messo a disposizione di tutti i centri e presentato ai referenti scientifici del progetto.

Tutte le Equipe hanno reclutato e inserito i dati nei registri dei casi del progetto.

L'azione di coalizione comunitaria si è avviata con un censimento di tutte le agenzie del territorio note al servizio e con una lettera del direttore del DSM a ciascuna di esse di invito ad una riunione di presentazione del progetto. Dopo la prima riunione si è selezionato in ciascun centro un gruppo più ristretto che ha portato avanti, con l'aiuto del personale del progetto, una serie di riunioni, in cui sono state discusse iniziative di sensibilizzazione. Il centro di coordinamento ha provveduto a supportare tale azione attraverso attività di formazione rivolte sia ai membri del board che ad altri attori della rete sociale.

Nei diversi centri sono state descritte le possibili modalità di invio all'Equipe Giovani:

- a. dalle agenzie del territorio afferenti al Board di comunità;
- b. dai medici di medicina generale o pediatri di libera scelta;
- c. dai servizi psichiatrici territoriali o di neuropsichiatria infantile a seguito di un primo contatto o di segnalazione diretta.

L'assessment dei nuovi casi della fascia di età 15–24 anni è stato realizzato secondo la seguente procedura: primo incontro di tipo clinico, con lo psicologo e/o con lo psichiatra e con un operatore di riferimento (infermiere, educatore, assistente sociale) in cui si decide se avviare la valutazione di stati mentali a rischio o se inviare direttamente al servizio appropriato. L'incontro può avvenire con i genitori, o si valuta l'opportunità di chiamarli in un

incontro specifico. Successivamente, la procedura prevede la somministrazione dei questionari auto compilati da parte del paziente (GHQ 12, PQ 16, BCIS), un colloquio con psichiatra e/o psicologo e un operatore individuato dall'equipe per l'approfondimento clinico-diagnostico e la somministrazione della CAARMS e un colloquio con assistente sociale, l'educatore e/o infermiere per la somministrazione della GAF e della SOFAS. La fase successiva prevede l'incontro della microequipe per un confronto sui risultati della valutazione e la compilazione della HoNOS o della HoNOSCA. L'ultima fase prevede la restituzione al soggetto e alla famiglia e all'ente inviante su possibili percorsi di cura. Alla fine della valutazione l'esito potrà essere: dimissione, ed eventuale attivazione di percorsi alternativi con il Board; preso in cura dall'equipe per un trattamento; invio ad altro servizio specialistico. A seconda dell'esito il soggetto potrà essere assunto in cura per un periodo di sei /dodici mesi. Il raccordo con il Board ha permesso di integrare il trattamento con la predisposizione di percorsi di supporto specifici. Le riunioni in cui i casi vengono discussi da tutta l'equipe integrata si tengono con cadenza bisettimanale.

STRUMENTI PER L'ASSESSMENT

La valutazione è stata programmata come un processo ampio ed esauriente, in cui, accanto allo strumento specifico per l'identificazione accurata della presenza di stati mentali a rischio di psicosi, sono stati utilizzati strumenti utili a descrivere lo stato dell'umore, le difficoltà nella vita quotidiana, le relazioni sociali, l'autonomia, il comportamento a rischio e suicidario, il supporto all'interno e all'esterno della famiglia, l'informazione e le risorse a disposizione della famiglia. Gli strumenti utilizzati per la valutazione complessiva del soggetto da parte dell'equipe integrata sono:

- CAARMS, strumento a cui è affidata l'identificazione degli stati mentali a rischio. Ci si limita all'utilizzo della prima sezione, quella sui sintomi positivi, che consente all'equipe che conduce la valutazione di

- classificare il soggetto come soggetto con vulnerabilità, soggetto con psicosi attenuata, soggetto con sintomi psicotici limitati, brevi e intermittenti (BLIPS), o soggetto con psicosi;
- HoNOS o HoNOSCA a seconda dell'età del soggetto (dai 18 in su si utilizza la HoNOS, ma sulla base delle caratteristiche e del tipo di vita della persona ne va considerato l'utilizzo anche a partire dai 16 anni), compilata dall'operatore;
- SOFAS, o SVFSL Scala di Valutazione del Funzionamento Sociale e Lavorativo, compilata dall'operatore;
- GAF, il Global Assessment of Functioning, compilato dall'operatore;
- GHQ-12, General Health Questionnaire a 12 item, predisposta e validate in varie lingue, rappresenta uno strumento di larghissimo utilizzo per la valutazione di situazioni di disagio e presenza di disturbi mentali comuni, autosomministrata;

- PQ-16, tradotto in italiano all'interno di questo progetto, autosomministrato;
- Beck Cognitive Insight Scale, serve a stabilire il livello di capacità del soggetto di identificare e correggere le interpretazioni errate. Viene proposta come strumento facoltativo, dove sembri utile un approfondimento della psicopatologia dal punto di vista cognitivo.

Particolare attenzione è stata dedicata alla CAARMS, sia perché rappresenta lo strumento principale e fondante per l'identificazione di stati mentali a rischio, sia perché è strumento relativamente poco utilizzato nei servizi di salute mentale italiani. La formazione prevedeva:

- una componente di psicopatologia, con degli approfondimenti del significato delle definizioni dei sintomi;
- una parte dedicata alle procedure di applicazione delle regole per la compilazione;
- un'esercitazione condotta sulla base di un video;

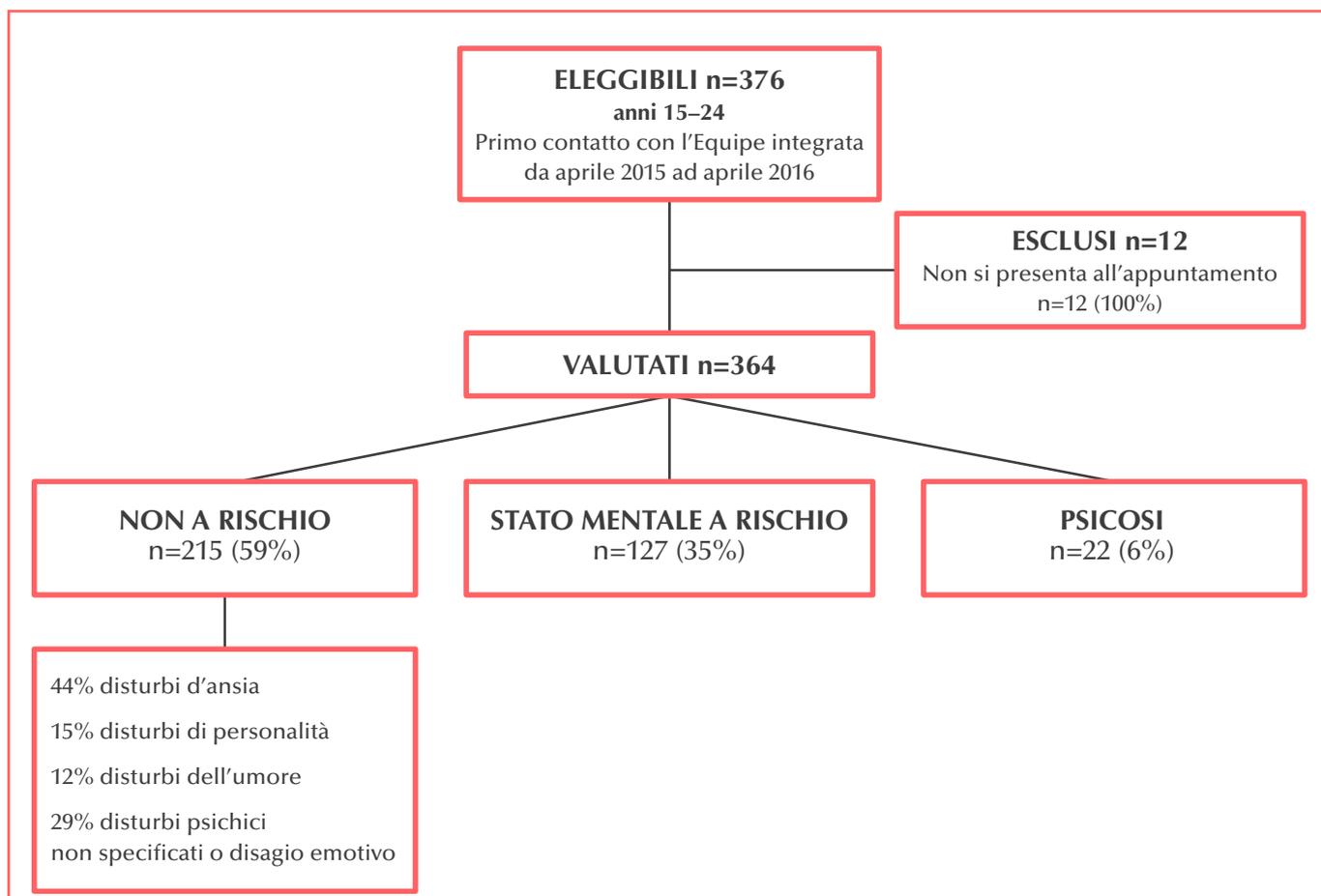


Figura 1 – Diagramma del reclutamento nei 6 centri partecipanti (aprile 2015 – aprile 2016).

Tabella 1 – Gravità in termini di sintomatologia complessiva, funzionamento sociale, disagio emotivo e sintomatologia psicotica attenuata nei soggetti del campione stratificati per diagnosi di stato mentale a rischio (n = 364)

	Non a rischio (n=215)	UHR (n=127)	Psicosi (n=22)
HoNOS/HoNOSCA <i>Gravità complessiva</i> †	33%	63%*,**	94%*
GAF <i>Funzionamento sociale</i> †	49%	72%*	77%*
GHQ <i>Disagio emotivo</i> †	26%	85%*	81%*
PQ-16 <i>Sintomi psicotici attenuati</i> †	39%	68%*	67%*

† n° soggetti positivi al criterio di gravità della scala; * vs. Non a rischio, p<0.01; ** vs. Psicosi, p<0.01

Tabella 2 – Confronto tra gruppi stratificati per diagnosi di stato mentale a rischio per quanto riguarda i punteggi alla scala HoNOS/HoNOSCA (n=328)

HoNOS/HoNOSCA	Media	DS	Mediana	Min	Max	CUT-OFF ≥10	p < 0,00*
Nessuna vulnerabilità (n= 198)	7,5	5,5	7	0	27	33%	vs. SMR <0,00**
Stato mentale a rischio (n=110)	13	7,1	13	0	33	63%	vs. psicosi <0,01**
Psicosi (n=20)	20	9,1	19	3	37	94%	vs. non vulnerabili <0,00**

*test non parametrico di Kruskal–Wallis; **test non parametrico di Mann–Whitney

– poiché la CAARMS utilizza come criterio di attribuzione dello score il punteggio sulla SOFAS, è stato spiegato anche questo strumento, anche se ampiamente utilizzato dagli operatori.

RISULTATI DEL PROGETTO

Nel corso del secondo anno di attività del progetto le Equipe Giovani Integrate hanno complessivamente visitato e valutato 376 giovani, per 364 dei quali (97%) è stato possibile portare a termine la valutazione completa dei sintomi di stato mentale a rischio (Figura 1).

Il 29% dei soggetti era ricompreso nella fascia d'età 15–17 anni, il 48% in quella 18–21 anni, e il 23% in quella

22–24 anni. Il 75% dei giovani reclutati è risultato italiano di nascita, il 13% migrante di prima generazione e l'11% migrante di seconda generazione. Una familiarità diretta per disturbo psichico maggiore è stata riscontrata nel 31%, senza evidenti differenze tra italiani di nascita e migranti. È stata riscontrata una condizione di "stato mentale a rischio" in 135 soggetti (35%), e una condizione di psicosi vera e propria in 22 soggetti (6%).

Non sono state osservate differenze in termini di vulnerabilità psicotica tra gruppi di età o di nazionalità. L'unico dato da evidenziare è che tra i migranti di seconda generazione non sono stati reclutati soggetti con psicosi all'esordio. Nessuna differenza è emersa tra i

Tabella 3 – Confronto tra gruppi stratificati per status di immigrato per quanto riguarda i punteggi alla scala HoNOS/HoNOSCA (n=339)

HoNOS/HoNOSCA	Media	DS	Mediana	Min	Max	CUT-OFF ≥10	p<0,01*
Italiano (n=260)	9,8	6,9	8	0	34	45%	vs. Mig. 2°gen. <0,00**
Migrante di 1° generazione (n=44)	11,9	9,9	10	0	34	51%	vs. Mig. 2° gen. <0,002**
Migrante di 2° generazione (n=35)	13,9	8,3	13	1	37	66%	vs. Italiano <0,862**

*test non parametrico di Kruskal–Wallis; **test non parametrico di Mann–Whitney

Tabella 4 – raccomandazioni per l’assessment clinico e l’assunzione in cura di giovani (15–24 anni) con stati mentali a rischio di psicosi nei servizi di salute mentale

L’esperienza del progetto CCM ha permesso di stilare una serie di raccomandazioni utili per coloro che lavorano con il disagio giovanile, in particolare con gli stati mentali a rischio. In particolare:

- Costruire percorsi di alleanza e collaborazione con le risorse presenti nella comunità sul tema specifico della prevenzione delle psicosi (es Community Coalition);
- Definire una leadership chiara della coalizione comunitaria, supportare l’organizzazione e il raggiungimento degli obiettivi, mantenendo forte e chiaramente definito il rapporto tra servizi e agenzie del territorio;
- Prevedere azioni specifiche per facilitare l’accesso a gruppi in cui è stato riscontrato un aumentato rischio di psicosi (es. migranti di prima e seconda generazione, familiari di persone affette da psicosi, soggetti con comportamento di abuso di cannabis);
- Creare Equipe funzionali dedicate, documentando le azioni intraprese per migliorarne l’ACCESSIBILITÀ e l’ATTRATTIVITÀ e per facilitare l’INTEGRAZIONE tra servizi (Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile, Dipendenze);
- Utilizzare scale di valutazione specifiche, tradotte e validate in italiano (es CAARMS, PQ-16);
- Prevedere supervisione e verifica degli esiti della formazione sull’utilizzo degli strumenti di valutazione;
- Promuovere percorsi di intervento che pongano al centro obiettivi di salute e di qualità della vita da raggiungere in collaborazione con i diretti interessati e i soggetti attivi sul territorio;
- Supportare e promuovere, con adeguata formazione, lo sviluppo sistematico di competenze psicoterapeutiche specifiche per il trattamento degli “stati mentali a rischio” (es. psicoterapia cognitivo-comportamentale);
- Monitorare i soggetti a rischio fino all’uscita dall’età critica;
- Valutare gli esiti e l’impatto delle attività cliniche soprattutto in termini di prevenzione degli esordi psicotici negli stati mentali a rischio (prevenzione primaria) e di prevenzione dell’evoluzione negativa negli stati già conclamati (prevenzione secondaria), studiando incidenza e prevalenza dei disturbi nella popolazione generale.

non vulnerabili e gli stati mentali a rischio in termini di familiarità per disturbo psichico maggiore, mentre nel gruppo dei soggetti psicotici la familiarità è risultata più frequente (45% vs. 27–29%)

Le analisi dei dati raccolti hanno messo a confronto i sottogruppi rappresentati dalle tre fasce d’età (15–17 anni, 18–21 anni, 22–24 anni), dalla condizione di vulnerabilità per disturbi psicotici (non vulnerabili, stati mentali a

rischio e psicotici) e dalla nazionalità (italiani, migrante di prima e di seconda generazione).

I soggetti con stato mentale a rischio o già affetti da psicosi sono risultati più compromessi dei soggetti non vulnerabili dal punto di vista del funzionamento sociale, scolastico e lavorativo (scale SOFAS e GAF), dei sintomi pre-psicotici (scala PQ-16), del disagio emotivo (scala GHQ-12) e della gravità complessiva (scale HoNOS e HoNOSCA) (*Tabella 1*).

Il confronto tra gruppi di età non ha invece evidenziato differenze statisticamente significative, con l'unica eccezione della gravità complessiva (rilevata con le scale HoNOS e HoNOSCA) che è risultata maggiore nel gruppo dei più giovani (15-17 anni) (*Tabella 2*). Da rilevare infine che i migranti di seconda generazione sono risultati più gravi complessivamente, in base a HoNOS e alla HoNOSCA, sia degli italiani di nascita che dei migranti di prima generazione (*Tabella 3*).

Il 54% dei giovani reclutati è stato assunto in cura dalle sole Equipe Giovani Integrate, il 21% ha richiesto interventi più complessi e che possono aver coinvolto altre unità funzionali. Per il 25% dei soggetti l'attività di valutazione delle Equipe Giovani Integrate ha invece rappresentato un'attività di consulenza. Solo nel 35% dei casi l'intervento clinico ha previsto una prescrizione farmacologica, senza differenze tra fasce d'età.

CONCLUSIONI

L'analisi dei dati ha descritto la popolazione arrivata alle Equipe Giovani come una popolazione con un bisogno di attenzione a diversi livelli, e con una quota non trascurabile di problemi seri che necessitano di una presa in carico. I dati presentati rivestono grande interesse e suggeriscono approfondimenti promettenti.

Le azioni intraprese abbiano consentito di intercettare e di identificare un sottogruppo di giovani con sintomi psicotici ancora in fase di sviluppo (stati mentali a rischio) o nelle primissime fasi di manifestazione (psicosi all'esordio). In tali soggetti i bisogni di prevenzione e cura si sono

effettivamente dimostrati più rilevanti. È stato quindi possibile delineare i punti fondamentali di percorsi di cura adatti ai diversi bisogni, in cui gli aspetti psicologici hanno assunto particolare importanza, trovando soluzioni innovative. Tutto questo ha creato un insieme coerente e complesso di azioni, competenze e risultati.

Altrettanto innovativa è stata l'attività di coinvolgimento della comunità, che si è ispirata al modello della Coalizione Comunitaria, e che ha creato in tutti i Dipartimenti partecipanti delle esperienze di collaborazione con diversi soggetti attivi nella comunità, sia dedicati al lavoro con giovani dai problemi, sia con la popolazione giovanile generale, come le scuole o le parrocchie. Tale collaborazione ha portato alla creazione dei Board in ciascun DSM, costituiti da soggetti del territorio, e autonomi nella definizione di iniziative utili alla promozione della salute mentale e alla prevenzione delle psicosi.

Sulla base dell'esperienza che si è consolidata nel corso del progetto, è stato possibile stilare una serie di raccomandazioni utili per i servizi di salute mentale che lavorano con il disagio giovanile, in particolare con gli stati mentali a rischio (*Tabella 4*), che possono aiutare in un lavoro preventivo ormai ineludibile, che si caratterizza per il miglioramento dell'accessibilità e per la collaborazione tra competenze interne ed esterne ai servizi.

1. Dipartimento di Salute Mentale, ASST Rhodense, Garbagnate Milanese
2. IRCCS, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano
3. Dipartimento di Salute Mentale, ASST Grande Ospedale Metropolitano "Niguarda", Milano
4. Dipartimento di Salute Mentale, Azienda USL 9 Grosseto
5. UONPIA, Fondazione IRCCS Ospedale Policlinico, Milano
6. Dipartimento di Salute Mentale, ASST di Lecco
7. Dipartimento di Salute Mentale, ASST Fatebenefratelli-Sacco, Milano
8. Dipartimento di Salute Mentale, ASL 3 Genovese, Genova

* **Gruppo di lavoro Progetto CCM 2013:** M. Luisa Abbinante, Evita Barbera, Alice Bizzozzero, Serena Boni, Agnese Canali, Micaela Corio, Elena Criconia, Francesca Fauci, Maria Teresa Gris, Monica Maggi, Simonetta Oriani, Mauro Percudani, Silvia Pinotti, Katia Prato, Chiara Primati, Maria Teresa Rivetti, Maria Teresa Rossi, Valentina Scavelli, Monica Soffientini, Daniele Tuso, Zaira Xodo (**ASST Rhodense, Garbagnate Milanese**); Barbara D'Avanzo, Alberto Parabiaghi (**Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri**); Aglaia Banis, Mariano Bassi, Elisa Buratti, Patrizia Conti, Maria Meliante, Anita Montanari, Emiliano Monzani, Piero Rossi (**ASST Grande Ospedale Metropolitano "Niguarda", Miano**); Irene Anzani, Maria Teresa Asti, Giuseppina Badia, Giuseppe Cardamone, Nadia Magnani, Stefano Milano, Silvia Sordini, Annalisa Spampani (**Azienda USL 9 Grosseto**); Alberto Corbetta, Alessandra Ferrara; Antonio Lora, Ottaviano Martinelli; Donatella Puccia; Vittorio Rigamonti; Elisa Stucchi, Marina Zabarella, Sabrina Zanetti (**ASST di Lecco**); Alessandra Barni, Emanuela Butteri, Deborah Fiocca, Ornella Giardina, Teodoro Maranesi, Claudio Monaci, Silvia Olivieri, Antonella Perri, Manuela Pintori, Caterina Roncoroni, Michele Santi, Annapatrizia Stipcovich, Raffaella Zanaschi (**ASST Fatebenefratelli-Sacco, Milano**); Maria Pia Angelatos, Paola Arnuzzo, Cristina Bonzani, Selene Cammarata, Miriam Cantatore, Patrizia Capurro, Michela Davi, Margherita Dolcino, Lorenza Ferrari, Marta Germoglio, Laura Grondona, Maria Guelfi, Lidia Lagomarsino, Alessandro Lanza, Alessandra Lombardo, Eleonora Lusetti, Patrizia Marinelli, Claudia Masala, Emanuela Mirrione, Diana Monachesi, Lucia Pacini, Sara Patti, Elisa Peloso, Laura Penco, Maria Franca Petrigli, Giulia Piccinini, Sara Pignatelli, Valeria Puppo, Cristina Rambelli, Daniela Ratti, Alessandra Ravecca, Rossana Roveda, Rita Schenone, Lucia Sciarretta, Gianluca Serafini, Irene Serio, Simonetta Sommariva, Lucia Tacconi, Alessandra Tauriello, Ludovica Tognoni, Fabrizia Tomasi, Simona Traverso, Giovanna Trompetto, Serena Unia, Marco Vaggi, Cristina Venturino, Alessandra Zaccone, Monica Zambonini, Franca Zanelli (**ASL 3 Genovese**)

BIBLIOGRAFIA

1. Addington J, Cornblatt B.A., Cadenhead K.S., Cannon T.D., McGlashan T.H., Perkins D.O., Seidman L.J., Tsuang M.T., Walker E.F., Woods S.W., Heinsen R., *At clinical high risk for psychosis: outcome for nonconverters*. Am J Psychiatry, 2011; 168:800-5.
2. Amminger G.P., Schäfer M.R., Papageorgiou K., Klier C.M., Cotton S.M., Harrigan S.M., et al. *Long-Chain {omega}-3 fatty acids for indicated prevention of psychotic disorders: a randomized, placebo-controlled trial*. Arch Gen Psychiatry, 2010; 67:146-154.
3. Bechdolf A., Pukrop R., Köhn D., Tschinkel S., Veith V., Schultze-Lutter F., Ruhrmann S., Geyer C., Pohlmann B., Klosterkötter J., *Subjective quality of life in subjects at risk for a first episode of psychosis: a comparison with first episode schizophrenia patients and healthy controls*. Schizophr Res, 2005; 79:137-43.
4. Bechdolf A., Phillips L.J., Francey S.M., Leicester S., Morrison A.P., Veith V., Klosterkötter J., McGorry P.D., *Recent approaches to psychological interventions for people at risk of psychosis*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 2006; 256:159-73.
5. Bechdolf A., Wagner M., Ruhrmann S., Harrigan S., Putzfeld V., Pukrop R., Brockhaus-Dumke A., Berning J., Janssen B., Decker P., Bottlender R., Maurer K., Möller H.J., Gaebel W., Häfner H., Maier W., Klosterkötter J., *Preventing progression to first-episode psychosis in early initial prodromal states*. Br J Psychiatry, 2012; 200:22-9.
6. Butterfoss F.D., Kegler M.C., *Toward a comprehensive understanding of community coalitions: moving from practice to theory*. In DiClemente, R.J., Crosby, R.A. and Kegler, M.C. (eds), *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research*. Jossey-Bass, San Francisco, CA, 2002: 157-193
7. Fusar-Poli P., Hobson R., Raduelli M., Balottin U., *Reliability and validity of the Comprehensive Assessment of the At Risk Mental State, Italian version (CAARMS-I)*. Curr Pharm Des, 2012; 18:386-91.
8. Fusar-Poli P., Cappucciati M., Rutigliano G., Schultze-Lutter F., Bonoldi I., Borgwardt S., Riecher-Rössler A., Addington J., Perkins D., Woods S.W., McGlashan T.H., Lee J., Klosterkötter J., Yung A.R., McGuire P., *At risk or not at risk? A meta-analysis of the prognostic accuracy of psychometric interviews for psychosis prediction*. World Psychiatry, 2015; 14:322-32.
9. Granner M.L., Sharpe P.A., *Evaluating community coalition characteristics and functioning: a summary of measurement tools*. Health Educ Res, 2004 19:514-532.
10. Hawkins J.D., Oesterle S., Brown E.C., Arthur M.W., Abbott R.D., Fagan A.A., Catalano R.F., *Results of a type 2 translational research trial to prevent adolescent drug use and delinquency: A test of Communities That Care*. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 2009; 163:789-798.

11. Lora A., Barbato A., Cerati G., Erlicher A., Percudani M., *The mental health system in Lombardy, Italy: access to services and patterns of care*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2011; 47:447-54.
12. McGorry P.D., *The specialist youth mental health model: strengthening the weakest link in the public mental health system*. Med J Aust, 2007; 187(7 Suppl):S53-6.
13. McGlashan T.H., Zipursky R.B., Perkins D., Addington J., Miller T., Woods S.W., et al., *Randomized, double-blind trial of olanzapine versus placebo in patients prodromally symptomatic for psychosis*. Am J Psychiatry, 2006; 163:790-799.
14. Miklowitz D.J., Chang K.D., Taylor D.O., George E.L., Singh M.K., Schneck C.D., Dickinson L.M., Howe M.E., Garber J., *Early psychosocial intervention for youth at risk for bipolar I or II disorder: a one-year treatment development trial*. Bipolar Disord, 2011; 13:67-75.
15. Miklowitz D.J., Schneck C.D., Singh M.K., Taylor D.O., George E.L., Cosgrove V.E., Howe M.E., Dickinson L.M., Garber J., Chang K.D., *Early intervention for symptomatic youth at risk for bipolar disorder: a randomized trial of family-focused therapy*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2013; 52:121-31.
16. Morrison A.P., French P., Walford L., Lewis S.W., Kilcommons A., Green J., Parker S., Bentall R.P., *Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial*. Br J Psychiatry, 2004; 185:291-7.
17. Nordentoft M., Thorup A., Petersen L., *Transition rates from schizotypal disorder to psychotic disorder for first-contact patients included in the OPUS trial. A randomized clinical trial of integrated treatment and standard treatment*. Schizophr Res, 2006; 83:29-40.
18. Percudani M., Cerati G., Angelozzi A., Gruppo di lavoro SIP, *I modelli regionali nelle politiche di salute mentale*. Sistema Salute, 2012; 56:192-204.
19. Percudani M., Corio M., Prato K. et al., *Prevenzione e trattamento dei disturbi psichici in età giovanile: l'esperienza dell'equipe integrata NPIA e psichiatria nel DSM della AO "G. Salvini" di Garbagnate Milanese*. Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici, Volume 8, 2013.
20. Phillips L.J., Leicester S.B., O'Dwyer L.E., Francey S.M., Koutsogiannis J., Abdel-Baki A., Kelly D., Jones S., Vay C., Yung A.R., McGorry P.D., *The PACE Clinic: identification and management of young people at "ultra" high risk of psychosis*. J Psychiatr Pract, 2002; 8:255-69.
21. Phillips L.J., McGorry P.D., Yuen H.P., Ward J., Donovan K., Kelly D., *Medium term follow-up of a randomized controlled trial of interventions for young people at ultra high risk of psychosis*. Schizophr Res, 2007; 96:25-33.
22. Preti A., Cella M., *Randomized-controlled trials in people at ultra high risk of psychosis: a review of treatment effectiveness*. Schizophr Res, 2010; 123:30-6.
23. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed.*; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013.
24. Van der Gaag M., Nieman D.H., Rietdijk J., Dragt S., Ising H.K., Klaassen R.M., Koeter M., Cuijpers P., Wunderink L., Linszen D.H., *Cognitive behavioral therapy for subjects at ultrahigh risk for developing psychosis: a randomized controlled clinical trial*. Schizophr Bull, 2012; 38:1180-8.
25. Van der Gaag M., Smit F., Bechdolf A., French P., Linszen D.H., Yung A.R., McGorry P., Cuijpers P., *Preventing a first episode of psychosis: meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups*. Schizophr Res, 2013; 149:56-62.
26. Yung A.R., Phillips L.J., Nelson B., Francey S.M., Panyuen H., Simmons M.B., et al., *Randomized controlled trial of interventions for young people at ultra high risk for psychosis: 6-month analysis*. J Clin Psychiatry, 2011; 72:430-440.
27. Yung A.R., Nelson B., *The ultra-high risk concept-a review*. Can J Psychiatry, 2013; 58:5-12.
28. Zeschel E., Bingmann T., Bechdolf A., Krüger-Oezguerda S., Correll C.U., Leopold K., Pfennig A., Bauer M., Juckel G., *Temperament and prodromal symptoms prior to first manic/hypomanic episodes: results from a pilot study*. J Affect Disord, 2015; 173:39-44.

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

Presidente:

Massimo Rabboni (*Bergamo*)

Presidente eletto:

Massimo Clerici (*U. Mi Bicocca*)

Segretario:

Mauro Percudani (*Garbagnate, Mi*)

Vice-Segretario:

Giancarlo Cerveri (*Milano*)

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli (*Bergamo*)

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini (*Somdrino*)
Franco Spinogatti (*Cremona*)
Andrea Materzanini (*Iseo*)
Costanzo Gala (*Milano*)
Orsola Gambini (*U. Mi Statale*)
Claudio Cetti (*Como*)
Giuseppe De Paoli (*Pavia*)
Nicola Poloni (*Varese*)
Antonio Magnani (*Mantova*)
Emi Bondi (*Bergamo*)
Ettore Straticò (*Mantova*)
Roberto Bezzi (*Legnano, Mi*)
Marco Toscano (*Garbagnate, Mi*)
Antonio Amatulli (*Sirp.Lo*)
Caterina Viganò (*Sirp.Lo*)

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Alessandro Grecchi (*Milano*)
Francesco Bartoli (*Monza Brianza*)
Giacomo Deste (*Brescia*)
Giovanni Migliarese (*Milano*)

Membri di diritto:

Giorgio Cerati
Angelo Cocchi,
Arcadio Erlicher,
Claudio Mencacci,
Emilio Sacchetti
Silvio Scarone

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi