PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

AnnoXXXII • n. 1 • gennaio–giugno 2019 Rivista fondata e diretta da Alberto Giannelli *Semestrale*

SOMMARIO

AnnoXXXII • n. 1 • gennaio – giugno

IN PRIMO PIANO

3 **Elogio del silenzio**
di Giannelli A.

11 **Le sfide della psichiatria**
Ricerca, conoscenza e competenza
di Cerveri G., Clerici M., Percudani M.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

15 **Un posto per i giovani**
Il progetto del Centro Giovani "Ponti" della Asst "Santi Paolo E Carlo"di Milano
di Biffi G., Parabiaghi A., Rigliano P.

30 **Adolescenti e identità riflesse**
Rischi e potenzialità delle nuove tecnologie
di Bruno D.

37 **Operatori psico-socio-sanitari ed eventi traumatici**
Esiti di un'indagine sul Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze
di Carnevali S., Lucchini A., Durbano F.

46 **Indagine sulla qualità percepita dall'utenza nei Servizi Territoriali Psichiatrici**
di Cavallaro S., Frediani G., Biagi M.P., Parini A.M., Migliarese G., Mencacci C.

54 **L'impatto delle patologie psichiatriche nei Dipartimenti di Emergenza ospedalieri**
di Fraticelli C., Casolaro I., Cattaneo A., Salemi O.

64 **L'urgenza psichiatrica nella disforia di genere**
di Grecchi A.

74 **ADHD e Disturbo da Uso di Sostanze**
Peculiarità diagnostiche, cliniche e di trattamento
di Migliarese G., Zita G.

88 **L'esperienza budget di salute di comunità dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda con Amicittà**
Metodologia E Dati Preliminari
di Morganti C., Porcellana M., Biancorosso C., Fontana R., Lanzo F.R., Malchiodi F., Mastromo D., Motto D., Oltolina M., Savino C., Vairelli F., Zanobio A., Percudani M.

95 **La salute fisica degli utenti**
Obiettivo condiviso da utenti, operatori, familiari
di Porcellana M., Morganti C., Antognoni G., Rapuano A., Lopes C., Maggioni S., Malchiodi F., Oltolina M., Porcu T., Zanobio A., Percudani M.

PSICHIATRIA FORENSE

100 **La posizione di garanzia e il medico psichiatra**
di Pellegrini P.

OLTRE LO SPECCHIO

111 **Qualcuno volò sulla villa**
di E.S.

In copertina: *Pietro Baratta, Saggezza, 1705-08*
Santi Giovanni e Paolo, Venice

©WEB GALLERY OF ART

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

Sezione Clinico-Scientifica

Un posto per i giovani

Il progetto del Centro Giovani "Ponti" della ASST "Santi Paolo e Carlo" di Milano

Giuseppe Biffi, Alberto Parabiaghi**, Paolo Rigliano****

INTRODUZIONE

Il Dipartimento di salute mentale e delle Dipendenze della ASST "Santi Paolo e Carlo" da anni aveva implementato diversi Programmi Innovativi (TR34 – TR31-TR49 - TR 43 -TR86) dedicati all'individuazione precoce dei giovani a rischio e al trattamento all'esordio delle patologie mentali nei soggetti in età giovanile. Tali programmi hanno permesso di sperimentare differenti strategie e competenze di cura, formando equipe sempre più integrate e "mature" nell'affrontare le diverse condizioni di sofferenza e di disturbo giovanile. Hanno consentito altresì di rilevare e riflettere sulle molteplici criticità che affliggono i servizi che operano sulle problematiche della fascia di età 14 – 24 anni: mancata continuità assistenziale e ridotto –e in certi casi, persino nullo- livello di integrazione tra i servizi della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e quelli della psichiatria dell'adulto e delle dipendenze, carenza di percorsi e di strumenti specifici, oltre che di competenze specialistiche; scarsa elasticità nell'accesso, scarsa flessibilità nella presa in carico, mancato coinvolgimento terapeutico del contesto familiare e dei contesti di vita del giovane (come la scuola o il gruppo amicale), forte stigmatizzazione presente nell'immagine dei servizi e medicalizzazione cronicizzante delle strutture e della presa in carico.

Sulla scorta di tali esperienze, la Direzione del Dipartimento di salute mentale, d'intesa con la direzione della ASST, ha deciso di strutturare un Centro unico, specificamente individuato e dedicato all'accoglienza e alla cura di giovani dai 14 ai 24 anni, residenti nel territorio del Dipartimento di salute Mentale e delle Dipendenze dell'ASST "Santi Paolo e Carlo", che presentano disagio psicologico o sofferenza psicopatologica, al fine di facilitarne l'accesso ai servizi di salute mentale e rendere ancora più tempestiva la diagnosi e il trattamento di soggetti ad elevato rischio di sviluppare disturbi mentali.

Il 22 novembre 2018 perciò è stato inaugurato il Centro Giovani "Ponti", sito in via Ponti 17/a, in un quartiere popolare della periferia milanese (il quartiere della Barona). Integrando e rinnovando profondamente le progettualità già avviate, il Centro Giovani "Ponti" mira a permettere l'individuazione precoce del malessere psichico (di lieve, media e grave entità) all'esordio e di conseguenza offrire strategie di presa in carico validate scientificamente e articolate su molteplici dimensioni (individuale –psichiatrico e psicoterapeutico-, familiare, gruppale, educativo-territoriale). Il Centro Giovani "Ponti", Unità Semplice Dipartimentale che afferisce direttamente alla Direzione del Dipartimento, è nato dal convergenza in un Board direzionale di tutte le Unità Operative del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze: l'Unità di Psicologia Clinica, l'Unità di Neuropsichiatria Infantile e le tre Unità di Psichiatria degli adulti, il Servizio per le Dipendenze (con i suoi Servizi che operano nelle carceri dell'Area metropolitana di Milano), i Consultori (che istituzionalmente

sono collocati fuori dal Dipartimento di salute Mentale e delle Dipendenze). Esso si pone come nodo specifico della rete dei servizi competenti per la cura e la presa in carico della popolazione afferente all'ASST Santi Paolo e Carlo, e cerca di individuare strumenti e azioni per superare le criticità attuali dell'intervento per i giovani. Il progetto mira inoltre a favorire il raccordo con le reti sociali informali con particolare attenzione alle aree di popolazione più fragile.

Infatti, nel Centro convergono e operano in modo strategicamente sinergico le seguenti attività:

- tutte le attività di accoglienza (e osservazione) – sia formale che informale- sia dei giovani che dei loro familiari. Grande attenzione è stata posta nello strutturare questa accoglienza secondo criteri e forme anche estetiche di accessibilità, informalità e gradevolezza per i giovani, intercettando i loro codici espressivi e comunicativi, con orari, attività, modalità interattive a loro appropriati;
- tutte le attività sia di diagnosi e definizione psicopatologica, sia di restituzione e definizione di un programma concordato di aiuto e trattamento;
- tutti le attività gruppali, sia rivolte a giovani sia ai genitori, e tutte le attività di automutuoaiuto;
- tutte le attività di consultazione / terapia familiare;
- tutte le attività psicoeducative e di formazione, rivolte non solo a tutti gli operatori del dipartimento, ma anche a tutte le istituzioni con cui il sevizio collabora e a tutti gli stakeholder con cui interagisce.

Oltre all'équipe strutturata di operatori dipendenti (un medico psichiatra responsabile, una educatrice professionale, una infermiera professionale e una assistente sociale part time), nel Centro prestano la loro opera lo psichiatra e tutti gli psicoterapeuti consulenti del nuovo Programma Innovativo Giovani (provenienti dai due precedenti Programmi Innovativi, operanti fino all'ottobre 2018 nei due distinti territori dell'Ospedale S. Paolo e S: Carlo). È presente per un ristretto numero di ore (sei) una neuropsichiatria infantile, uno psicologo psicoterapeuta proveniente dalla Psicologia Clinica (dieci ore) due psicoterapeute del Consultorio (sei ore in tutto) che mettono a disposizione ore per attività specifiche di screening, valutazione e cura.

Oltre che per accesso diretto i pazienti possono rivolgersi al Centro Giovani inviati da SPDC, SerD, NPIA, PS, CPS, MMG, pediatri, consultori, scuole, Servizi Sociali del Comune,Tribunale dei Minori.

Nello specifico, il nuovo progetto intende perseguire l'obiettivo indicato nella Legge Regionale 15/2016 ("Norme in materia di tutela della salute mentale") relativo alla promozione di interventi di prevenzione primaria e secondaria, mediante il riconoscimento delle situazioni a rischio, la diagnosi precoce e il trattamento tempestivo, con indicazioni mirate per specifiche tipologie di bisogno, quali le problematiche della fascia adolescenziale e giovanile, di età compresa tra i quindici e i venticinque anni. La visione che il progetto propone è dinamica, con un orizzonte temporale di medio-lungo termine, orientata allo spostamento verso la prevenzione delle attività dei servizi di salute mentale rivolte ai giovani e con la finalità di diminuire o rallentare il passaggio degli utenti da un livello più basso ad un livello più alto di bisogni di cura riducendo così, nel tempo, i costi personali e sociali dei disturbi psichici gravi.

RAZIONALE DEL PROGRAMMA

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.

I programmi di prevenzione non prevedono solo attività cliniche ma anche interventi di informazione/sensibilizzazione o azioni strategiche su fattori di rischio o protezione.

Nella fascia di età giovanile (dai 15 ai 24 anni) la prevenzione è un obiettivo primario, fondamentale a

ogni livello di progressione del disagio psichico, e si può articolare in:

1. prevenzione primaria o prevenzione universale;
2. prevenzione secondaria o prevenzione mirata;
3. prevenzione terziaria o prevenzione delle ricadute o della cronicizzazione.

Nei servizi di salute mentale italiani sono stati attivati, negli ultimi anni, diverse equipe o ambulatori 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.

Risulta inoltre ancora difficoltosa l'integrazione tra i servizi di psichiatria, delle dipendenze e di neuropsichiatria infantile, 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.

Esso si caratterizza inoltre per il superamento della separazione delle competenze tra psichiatria, neuropsichiatria infantile e servizi per le dipendenze patologiche, che caratterizza la presa in carico della fascia d'età dai 15 ai 24 anni.

La possibilità di accedere tempestivamente ad una valutazione è comunque l'elemento caratterizzante di ogni modello di intervento in questo ambito.

La questione dell'accessibilità e dell'attrattività di tali servizi appare quindi centrale quanto quella dell'integrazione tra le specialità.

Gli stati mentali a rischio nei giovani

Sono stati validati dei criteri diagnostici in grado di identificare nei giovani i cosiddetti stati mentali a rischio di disturbi medi o gravi, una popolazione clinicamente sintomatica e con un significativo grado di disabilità che necessita di cure. In seguito a ciò, la quinta versione del manuale diagnostico statistico per i disturbi mentali ha incluso la Sindrome Psicotica Attenuata, anche se come diagnosi ancora da verificare.

Tali criteri diagnostici consentono, attraverso l'utilizzo di scale di valutazione che valutano i sintomi psicotici sfumati (es. Caarms o Eriraos) e il funzionamento sociale (es. SOFAS), di arrivare ad una definizione del rischio di sviluppare disturbi psichici gravi. Le informazioni ricavate da questi strumenti di assessment vengono integrate con quelle ricavate dall'esame anamnestico e clinico per individuare eventuale presenza di una condizione di rischio, che si può configurare su 4 livelli di gravità crescente:

1. Gruppo Vulnerabilità;
2. Gruppo Psicosi Attenuata (2A: intensità sottosoglia — 2B: frequenza sottosoglia);
3. Gruppo BLIPS (Sintomi Psicotici Brevi Limitati Intermittenti);
4. Gruppo Soglia Psicotica/Soglia di Trattamento Antipsicotico.

Nei soggetti identificati come portatori di 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. Anche chi non subisce una transizione psicotica rimane comunque spesso sintomatico e con una significativa quota di disabilità e di ridotta qualità di vita.

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.

In particolare, i seguenti interventi sono risultati efficaci nel prevenire l'esordio in soggetti a rischio: terapie antipsicotiche a basse dosi; la somministrazione di omega-3 per un periodo di tre mesi; alcuni protocolli di psicoterapia cognitivo-comportamentale ed un intervento psicosociale intensivo con il coinvolgimento delle famiglie.

È da notare come, sulla base di questo esempio, si stia recentemente anche sviluppando un modello per gli stati mentali a rischio di disturbo affettivo bipolare.

Il ruolo del coinvolgimento della comunità nella prevenzione

Il modello dell'intervento precoce implica un approccio preventivo che può avvenire a due livelli: nei servizi di salute mentale, avviando interventi opportunamente modulati; fuori dai servizi di salute mentale, responsabilizzando e sensibilizzando 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 più appropriate.

I progetti di implementazione dell'intervento precoce nelle psicosi e negli altri disturbi mentali gravi 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. Le 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, non sono di fatto state implementate.

Se i servizi ritengono che la prevenzione delle psicosi o della disabilità connessa ai disturbi mentali gravi 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 invianti.

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. 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. 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.

Nel progetto di Centro Giovani che proponiamo possiamo distinguere tra azioni clinico-preventive di primo,

secondo e terzo livello, che corrispondono rispettivamente ad azioni di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

Le **attività cliniche di primo livello comprendono**:
- le attività di screening e monitoraggio;
- l'assessment e la prevenzione per gli stati mentali a rischio;
- l'invio di utenti con bisogni di cura più complessi a livelli specialistici superiori (CPS o servizi per le dipendenze, ad esempio);
- la facilitazione dell'accesso alle cure per gruppi vulnerabili (es. migranti, figli di pazienti, pazienti adottivi);
- l'attivazione e il supporto della coalizione comunitaria (in verde) con cui attuare azioni comuni di sensibilizzazione e promozione della salute.

Le **attività cliniche di secondo livello** comprendono:
- le attività specialistiche di presa in cura delle situazioni di vulnerabilità e di rischio di entità lieve e medio;
- le attività specialistiche per la presa in carico precoce degli stati mentali ad elevato rischio di psicosi e di altri disturbi mentali gravi e gli esordi psicotici;
- le attività cliniche e di coordinamento per la transizione tra la neuropsichiatria infantile e la psichiatria adulti di utenti con bisogni di cura ancora presenti al compimento della maggiore età.

L'integrazione tra i servizi territoriali di psichiatria e di neuropsichiatria infantile può avvenire al secondo livello di azione, con le equipe di transizione neuropsichiatria-psichiatria, ma anche al primo livello, con le equipe integrate di valutazione per gli stati mentali a rischio.

Le **attività cliniche di terzo livello**, infine, comprendono attività cliniche specializzate e finalizzate all'intervento su utenti con diagnosi specifiche e già consolidate (es. psicosi, disturbi di personalità, disturbi bipolari). Esse prevedono una presa in cura mirata finalizzata a prevenire la cronicità attraverso l'azione dei servizi per la presa in carico territoriale.

In sintesi, l'orientamento generale del modello è quello di concentrarsi sui bisogni di prevenzione oltre che su quelli di cura. Le azioni previste comprendono attività e soluzioni organizzative finalizzate a privilegiare le esigenze della domanda (bisogni) rispetto a quelle dell'offerta, e a migliorare l'accessibilità da parte dei giovani e, in particolare, di quelli appartenenti a gruppi a rischio (es. migranti).

Oltre alle azioni clinico-preventive dirette (prevenzione degli stati mentali a rischio e transizione tra neuropsichiatria infantile e salute mentale adulti), il modello prevede anche aree di azione indiretta volte allo scopo di coinvolgere più diffusamente nelle azioni preventive i servizi sanitari e sociali e le comunità.

Queste dovrebbero tradursi in azioni di coordinamento, supporto e collegamento con l'obiettivo comune di offrire risposta ai bisogni emergenti della popolazione dell'area giovanile. La valorizzazione delle risorse, delle competenze e delle sinergie già acquisite nel mondo delle associazioni, del volontariato e del privato sociale, così come l'utilizzo della professionalità maturata nei servizi territoriali, sono tra i vantaggi di questa integrazione.

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO

- la realizzazione di programmi di prevenzione primaria a livello di comunità (coalizione comunitaria). Tali attività saranno specificamente rivolte alla popolazione giovanile,
- costituendo tavoli a livello locale, e con capacità di penetrazione territoriale, che vedano la partecipazione di associazioni e soggetti istituzionali (scuole, servizi).
- Esse saranno finalizzate alla sensibilizzazione su temi generali che riguardano la salute mentale e la lotta allo stigma (prevenzione universale), al riconoscimento del disagio giovanile e alla facilitazione dell'accesso ai servizi per la salute mentale di giovani e di specifici gruppi a rischio (prevenzione mirata);
- l'individuazione degli "stati mentali a rischio" (1. Gruppo Vulnerabilità e 2. Gruppo Psicosi Attenuata)

e degli esordi di disturbo psichico grave (3. Gruppo BLIPS, 4. Gruppo Soglia Psicotica ed esordi psicotici veri e propri) attraverso procedure condivise di "assessment" e l'utilizzo di strumenti di valutazione specifici riconosciuti dalla letteratura scientifica internazionale;

– il trattamento integrato e multidimensionale (assunzione in cura) dei soggetti con "stato mentale a rischio", con monitoraggio costante e a lungo termine dell'evoluzione psicopatologica;
– la presa in carico tempestiva dei soggetti con esordio di disturbo mentale di media e alta gravità. Questo verrà realizzato ottimizzando i trattamenti, e rispettando le raccomandazioni contenute nei "percorsi di cura per i disturbi mentali gravi", nelle quali vengono identificati percorsi specifici per le situazioni di esordio dei disturbi schizofrenici, dei disturbi dell'umore gravi e dei disturbi di personalità;
– il coinvolgimento sin da subito del nucleo familiare, allo scopo di far emergere criticità e risorse per una maggior comprensione del caso ma allo stesso tempo per poter intervenire a livello famigliare attraverso interventi di supporto alla genitorialità e di psicoeducazione in contesto gruppale.
– la realizzazione di interventi integrati dedicati sia ai soggetti assunti in cura, per evitare che perdano precocemente i ruoli, le capacità e le autonomie raggiunte, che ai giovani idonei alla presa in carico per far sì che recuperino ruoli sociali perduti e dare sostegno al contesto relazionale familiare e sociale;
– favorire la cooperazione ed il collegamento tra servizi di area psichiatrica e dipendenze e la transizione dai servizi per l'infanzia e l'adolescenza (NPIA) a quelli della salute mentale adulti (Psichiatria e Dipendenze), realizzando operazioni di assessment congiunte fondate su strumenti concordati e promuovere, nei casi che lo necessitino, l'elaborazione di progetti di trattamento (PTI) che esprimano continuità concettuale ed operativa.

Riguardo ai livelli di intervento e alle attività specifiche descritte (3 PERCORSI di intervento), il progetto intende realizzare i seguenti target:

i. **Ridurre la stigmatizzazione gravante sui disturbi psichici e favorire l'accesso ai trattamenti, tramite**:
   - campagne informative e di sensibilizzazione rivolte alle popolazione generale
   - attività informativa selettiva, rivolta a gruppi specifici di popolazione (scuole, centri giovanili, associazioni genitori etc.)

ii. **Individuare precocemente le situazioni a rischio**, tramite le seguenti attività:
   - Formare le équipe all'individuazione precoce dei segnali di rischio
   - sensibilizzare i potenziali invianti (insegnanti, medici di medicina generale, assistenti sociali, associazioni di volontariato)
   - offrire training sull'individuazione precoce dei segnali di rischio agli operatori sanitari e sociali di primo livello (medici di medicina generale, insegnanti, assistenti sociali)
   - offrire consulenza e supporto agli operatori sanitari e sociali di primo livello

iii. **Facilitare l'accesso ai trattamenti**, tramite le seguenti attività:
   - offrire la possibilità di effettuare valutazione e assessment anche in ambienti diversi dal CPS (Centro d'Ascolto, ambulatori scolastici, ambulatori comunali, domicilio degli utenti)
   - definizione di protocolli collaborativi con i servizi di NPI, SERT, Consultori,
   - consulenza e supporto a famigliari e i invianti
   - risposta tempestiva alle richieste con stile d'accoglienza amichevole

iv. **Ridurre il tempo di psicosi non trattata**, tramite le seguenti azioni:
   - favorire l'accesso alle cure, collegando utenti e servizi di cura
   - definire ed attuare protocolli di assessment completi

- formare gli operatori dell'équipe alle migliori tecniche attuali di assessment
- individuare e monitorare periodicamente i soggetti a rischio
- sostenere la motivazione e consulenza a utenti, familiari, invianti, servizi di cura primari

v. **Ottimizzare i trattamenti**, tramite le seguenti attività:
- fornire i migliori trattamenti disponibili (aggiornate evidenze scientifiche)
- costituire le équipe specialistiche d'intervento

a. formare gli operatori a interventi "evidence based" sviluppate per trattamento delle psicosi all'esordio: trattamento farmacologico di adolescenti e giovani, psicoeducazione, CBT, riabilitazione e risocializzazione, sostegno familiare
b. definire e attuare protocolli per l'individuazione precoce dei prodromi e il trattamento delle psicosi all'esordio
c. definire ed attuare protocolli d'intervento orientati dai principi di: atteggiamento amichevole, e pro-attivo, tempestività dell'intervento, continuità terapeutica, trattamento intensivo

- offrire trattamenti specializzati comprendenti: trattamento farmacologico, terapia di sostegno e motivazionale, CBT, psicoeducazione, problem solving, terapia familiare, interventi riabilitativi individuali e di gruppo, programmi di reinserimento lavorativo, follow-up
- definire dei programmi individualizzati di trattamento
- mantenere l'adesione e la continuità terapeutica con interventi attivi e sostegno della motivazione di utenti e familiari
- fornire interventi di sostegno al carico familiare

vi. **Prevenire le ricadute**, tramite le seguenti attività:
- monitoraggio regolare dei soggetti a rischio o vulnerabili
- controllo regolare dei soggetti in carico
- addestramento di utenti e familiari al riconoscimento tempestivo dei segni iniziali di malattia, per prevenire le possibili ricadute

vii. **Verificare l'esito-Attività**:
- valutazione periodica degli esiti, anche con l'uso di strumenti standardizzati
- valutazione periodica dell'andamento del progetto

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ E PRESTAZIONI PREVISTE PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

Il progetto propone una strategia clinica-preventiva e trattamentale- strutturata **su tre livelli di intervento** e una condivisione dello stesso modello di assessment clinico dei giovani e di organizzazione dei percorsi di cura a loro dedicati.

AZIONI di primo livello (PERCORSO 1)

a. programmi di prevenzione primaria universale e di promozione della salute
b. assessment clinico-diagnostico con valutazione del rischio psichico emergente (3 mesi)

Per quanto riguarda il PUNTO A (**supporto e mobilitazione della rete sociale territoriale per programmi di prevenzione primaria universale e di promozione della salute**), le azioni -da attuarsi attraverso la sinergia tra i servizi coinvolti, la coalizione comunitaria e il terzo settore- sono:

– coinvolgimento della rete sociale locale (associazioni e terzo settore, scuole, medicina di base e pediatria libera scelta, parrocchie ed altre confessioni religiose, società sportive ecc.);
– attività di sensibilizzazione e prevenzione universale sul disagio psichico giovanile, sui fattori di rischio e protezione;
– incoraggiare i giovani in trattamento, nell'ottica del "peer support", ad accogliere/sostenere/informare i nuovi utenti e i loro famigliari;
– creazione di un board territoriale (Caolizione Comu-

nitaria) di volontari, con il coinvolgimento del Privato Sociale coinvolto in operazioni di sensibilizzazione, promozione della salute e collegamento con i servizi;
- formazione specifica rivolta al Board territoriale di coalizione comunitaria (le manifestazioni del disagio psichico giovanile con descrizioni e vignette cliniche, informazione sulle psicosi ed i sintomi psicotici, modalità di contatto e collaborazione con i servizi di salute mentale);
- supporto, coordinamento e facilitazione dell'attività di coalizione comunitaria;
- facilitazione di interventi di sostegno scolastico/lavorativo, di risocializzazione precoce e tempestiva, di accesso ai servizi di salute mentale rivolti a gruppi di giovani a rischio;
- attraverso la mediazione del Board, costruzione di una collaborazione continuativa con le scuole in grado di implementare progetti di sensibilizzazione e destigmatizzazione fruibili dal corpo docente e nelle attività didattiche;
- creazione di sentinelle territoriali in grado di "uscire" dalle strutture sanitarie incentivando l'organizzazione di équipe mobili che offrano sportelli informativi o colloqui di assessement sul territorio in luoghi non connotati;
- implementazione di progetti non psichiatrici rivolti ai giovani, quali ad esempio: percorsi per la disassuefazione da fumo; gruppi di psicoeducazione su stili di vita sani (alimentazione ecc); gestione/progettazione aree verdi urbane fruibili dai cittadini in collaborazione con altre agenzie (comune- scuole ecc);
- promozione di siti web con video e informazioni che utilizzino il linguaggio dei giovani, con la possibilità anche per i "NEET" che navigano in rete di parlare con un operatore o un utente esperto via skype per aggancio e/o appuntamento;
- creazione e mantenimento di un canale preferenziale di sostegno-monitoraggio per i figli pazienti psichiatrici, coinvolgendoli nella coalizione e valorizzando la loro esperienza di "esperti".

L'obiettivo è quello di aggregare, sensibilizzare e mobilitare le reti sociali dei territori partecipanti allo scopo di creare un effetto a cascata positivo che ampli la consapevolezza e la sensibilità della popolazione riguardo ai temi di prevenzione del disagio psichico giovanile ed aumenti la loro stessa capacità di dare risposte e fornire soluzioni alle situazioni critiche.

Per quanto riguarda il PUNTO B, (**assessment e valutazione del disagio psichico giovanile emergente**), le azioni di programma prevedono l'assessment e il monitoraggio dello stato mentale a rischio attraverso strumenti standardizzati auto- ed etero-compilati (ALLEGATO A), al fine di individuare i soggetti con una condizione di vulnerabilità o di psicosi attenuata o di rischio per altri disturbi mentali gravi (es. disturbi affettivi, disturbi di personalità); e la focalizzazione su strumenti e modalità di relazione in grado di incontrare le esigenze dei giovani.

Il programma prevede l'accesso diretto degli utenti, previo appuntamento telefonico. Il primo colloquio avverrà di norma entro 14 gg dal contatto per gli invii ordinari e comunque non oltre i 30 gg dal contatto.Ai fini della stesura di un **Piano Terapeutico Individuale** (PTI), viene effettuata una valutazione del paziente entro e non oltre i 3 mesi dall'accesso. Tale valutazione si articola in **attività clinica**, declinata in colloqui psichiatrici e psicologici mirati alla definizione diagnostica, ed in **indagine testale**. Tale processo iniziale vede come protagonista il giovane paziente e il suo nucleo familiare, allo scopo di far emergere criticità e risorse. I dati raccolti dall'indagine testale verranno inseriti nel **Registro Casi**. Allo scadere di questi tempi gli utenti potranno:
- essere dimessi
- essere inviati ad un livello successivo dello stesso programma (Stadio II o III)
- essere inviati ai servizi specialistici più indicati (es. CPS, SERT), a seconda del prevalere dei bisogni di prevenzione o cura al momento dell'invio.

I soggetti con esordio conclamato di malattia e durata di malattia non trattata superiore ai tre anni verranno inviati ai servizi specialistici (CPS e/o ambulatori specialistici del DSM).

Per la definizione di "durata di malattia non trattata" verrà unicamente considerato il primo contatto con i servizi pubblici specialistici (NPIA, Psichiatria, Dipendenze) e non si considereranno quindi, tranne che per casi particolari, contatti precedenti con specialisti privati o con la medicina di base o pediatria di libera scelta, né con l'area consultoriale.

Il **percorso di cura** viene definito all'interno di un incontro di equipe e tiene conto oltre che dei criteri clinici anche dei risultati testali e della diagnosi clinica (ICD-10). Qualora dovesse essere ritenuto necessario, verrà messa in atto la *collaborazione* con: servizi del SerD, Neuropsichiatria Infantile, ambulatorio Disturbi della Condotta Alimentare, e ambulatorio ADHD nell'adulto.

AZIONI di SECONDO livello (PERCORSO 2)

Assunzione in cura e monitoraggio clinico del rischio psichico lieve-moderato, (vulnerabilità, psicosi attenuata) e a rischio elevato (BLIPS e Soglia Psicotica), degli esordi psicotici e di altri disturbi psichici gravi e per un limite massimo di 2 anni. Particolare attenzione sarà posta sull'individuazione e prevenzione precoce del rischio suicidario.

Per definire il rischio medio-moderato viene considerato la positività ad almeno uno dei seguenti indicatori, relativi alle scale utilizzate nel percorso 1:

- PQ-16 tra 4 e 5, se necessario: CAARMS segnalante la presenza del gruppo "vulnerabilità", "psicosi attenuata" e blips
- Clinical rating PID-5 tra 1 e 2 (in almeno 2 item)
- GAF tra 50 e 70.

Azioni di programma condivise:

- attività di monitoraggio a lungo termine per i soggetti vulnerabili e in difficoltà che non manifestano sintomi psichici clinicamente significativi;
- focalizzazione su strumenti e modalità di relazione in grado di incontrare le esigenze dei giovani;
- trattamento dei sintomi premonitori e del disagio psichico;
- trattamento della disabilità emergente (es. difficoltà scolastiche e relazionali, isolamento);
- azioni mirate alla comprensione/accettazione della crisi da parte degli utenti e famigliari: apertura di dialogo, mediazione famigliare, eliminazione dei fattori di rischio attraverso programmi di psicoeducazione (es. uso di sostanze d'abuso) e promozione della salute.
- il trattamento precoce e tempestivo dei sintomi clinici;
- azioni formative ed organizzative per facilitare la transizione degli utenti dai servizi NPIA a quelli della salute mentale adulti
- sostegno scolastico/lavorativo;
- risocializzazione precoce e tempestiva;
- attività ricreative e ludico-motorie;
- interventi psicologici individuali e/o gruppo
- interventi psicologici strutturati, individuali e/o gruppo, atti a migliorare le competenze sociali e la capacità di affrontare e risolvere problemi o conflitti;
- interventi familiari di mediazione e apertura di dialogo

Obiettivo del progetto è garantire la tempestività o la continuità dell'accesso alle cure psicologiche di questi giovani e una riabilitazione funzionale e psicologica precoce ed intensiva. Si garantirà un monitoraggio clinico a lungo termine. Questo al fine di prevenire e possibilmente risolvere le criticità legate alla durata di un disagio psichico non adeguatamente valutato o preso in considerazione o al passaggio tra servizi, quelli infantili e quelli per adulti, con orientamenti e approcci diversi.

Si prevede un periodo di assunzione in cura della durata massima di 2 anni. Allo scadere di questi tempi o in caso di peggioramento del quadro clinico gli utenti potranno essere dimessi, inviati ad uno stadio successivo (STADIO 3) o inviati ai servizi specialistici più indicati (es. CPS, SERT) per una presa in carico.

AZIONI di TERZO livello (PERCORSO 3)

Presa in carico del rischio psichico grave e degli esordi psicotici, per un limite massimo di 3 anni. Per definire il rischio grave vengono considerati i seguenti indicatori, relativi alle scale utilizzate nel percorso1:

- PQ-16 ≥6, poi CAARMS segnalante la presenza del gruppo "Soglia Psicotica/Soglia di Trattamento Antipsicotico"
- Clinical rating PID-5 ≥2 (in almeno due item), che indica quindi la presenza di un disturbo di personalità conclamato
- GAF <50, che segnala un funzionamento globale compromesso.

Tali casi saranno discussi anche con l'equipe multidisciplinare del CPS territorialmente competente, al fine di promuovere un piano terapeutico che preveda l'integrazione tra l'equipe del Centro e quella del CPS, al fine di costruire un percorso educativo-riabilitativo del giovane paziente, oltre che fornire sostegno al nucleo familiare, e creare una rete con le strutture sociali pertinenti, come ad esempio la scuola o i centri sportivi.

CRITERI DI ESCLUSIONE DAL PROGETTO

Rappresentano criterio di esclusione:

- soggetti con ritardo mentale medio e grave.
- La presenza di disturbo psichiatrico grave e persistente da più di tre anni (scala NOS-DUP), indicatore di cronicità e complessità globale tale da richiedere la presa in carico del giovane da parte del CPS territorialmente competente.
- Nei casi in cui il giovane paziente dopo la valutazione non abbia le caratteristiche cliniche per rientrare nei percorsi 2 o 3 del Programma, verrà inviato ai Servizi competenti o Ambulatorio specialistico.

Al SerD nel caso di disturbi da uso di sostanze (ICD10) come diagnosi principale che emerge dal percorso 1, o Ambulatorio Disturbi della condotta alimentare per relative problematiche.

Attività che possono attuarsi in questo stadio, attraverso la sinergia tra i servizi coinvolti NPIA, Psichiatria Adulti, Dipendenze:

- Il trattamento farmacologico precoce e tempestivo dei sintomi clinici;
- trattamento della disabilità emergente (es. difficoltà scolastiche e relazionali, isolamento);
- interventi multidisciplinari complessi (presa in carico psicosociale);
- interventi psicoeducativi;
- azioni mirate alla prevenzione del peggioramento e della precipitazione della crisi: apertura di dialogo, mediazione famigliare, eliminazione dei fattori di rischio attraverso programmi di psicoeducazione e promozione della salute (es. uso di sostanze d'abuso).
- focalizzazione sulle attività cosiddette "outreach", realizzate cioè direttamente nella comunità e con modalità assertive;
- interventi psicologici individuali e/o gruppo;
- interventi psicologici strutturati, individuali e/o gruppo, atti a migliorare le competenze sociali e la capacità di affrontare e risolvere problemi o conflitti;
- interventi familiari di mediazione e apertura di dialogo;
- individuare spazi di residenzialità temporanea di "decompressione" a basso costo fuori dal circuito psichiatrico (es terzo settore) costruendo una rete con ostelli etc di spazi "conosciuti" e "sicuri" con personale in rete con il servizio DSM per soggiorni brevi ed estemporanei.

Tutte le attività del livello 3 si potranno svolgere o presso il Centro Giovani, o presso il CPS di riferimento oppure al domicilio, coinvolgendo quindi in modo proattivo gli operatori del CPS, integrati dagli operatori del programma che operano presso il CPS. Si prevede un periodo di presa in carico della **durata massima di 3 anni**.

Allo scadere di questi tempi gli utenti dovranno essere dimessi o, in caso di persistenza della gravità del quadro clinico, inviati ai servizi specialistici più indicati (es. CPS, SERT) per un proseguimento della presa in carico.

RISULTATI ATTESI

- Sensibilizzazione della popolazione generale, superamento di resistenze e pregiudizi legati ai disturbi psichiatrici, coinvolgimento della rete sociale e della comunità nel lavoro per la salute mentale.
- Attuazione di percorsi di mobilitazione comunitaria con il coinvolgimento dei diversi attori della rete sociale tesi a favorire il riconoscimento dei disturbi psichici gravi in età giovanile e l'invio ai servizi sanitari appropriati.
- Miglioramento delle conoscenze sugli esordi delle psicosi o di altri disturbi mentali gravi dei medici di medicina generale, degli insegnanti scuole superiori, dei operatori dei servizi sociale, in modo da favorire un tempestivo ed appropriato invio ai servizio.
- Istituzione e sviluppo in tutte le aree del DSM di equipe funzionali multidisciplinari integrate psichiatria, Dipendenze, NPIA, area della psicologia che coinvolgano operatori di diverse professionalità provenienti dalle diverse discipline (medico psichiatra, medico NPIA, psicologo, infermiere, educatore, assistente sociale), garantendo interventi poco stigmatizzanti per l'area giovanile (età 15–24 anni).
- Miglioramento dell'accesso della popolazione a rischio ed in condizione di vulnerabilità ai servizi per la salute mentale e ai percorsi di cura specificamente dedicati.
- Definizione 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, 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
- Attuazione di trattamenti individualizzati multidimensionali comprensivi delle tecniche attualmente disponibili sulla base delle evidenze scientifiche.
- Rafforzamento e monitoraggio delle procedure di collaborazione e presa in carico integrata con SERT e NOA.
- Responsabilizzazione del servizio verso la continuità della "presa in carico" pazienti, monitorando gli abbandoni e recuperando i "persi di vista".
- Introduzione di linee guida "evidence based" aggiornate sulle migliori evidenze attualmente disponibili, in modo da garantire l'efficacia e l'efficienza dei trattamenti
- Proseguimento dell'attività di ricerca e valutazione d'esito, in modo da favorirne la trasferibilità al SSR.
- Avvio di ambulatori dedicati al tema della transizione di utenti in carico alle NPIA al compimento dell'età adulta affetti da disturbi neuropsichiatrici quali l'ADHD, i disturbi dello spettro autistico e i disturbi psichici nell'ambito di patologie organiche, dedicati alla consulenza e all'assunzione in cura che operino in sinergia con i servizi territoriali dedicati all'area della disabilità.
- Realizzazione di sinergie e di collaborazione con i DSM delle ASST afferenti alla ATS Città Metropolitana di Milano.
- Verifica dei risultati attesi di esito e di processo sulla base di indicatori coerenti.

ALLEGATO A

Gli strumenti utilizzati, per scopi clinici e per scopi di ricerca, sono i seguenti: (in parentesi quadra il tempo previsto per lo scoring o la somministrazione):

- scheda di raccolta dati sociodemografici, che permette una valutazione della sfera sociale del soggetto, oltre alla raccolta dell'anamnesi.
- PQ-16 (Prodromal questionnaire; cut-off: ≥6), che indaga la presenza di uno stato mentale a rischio dell'area psicotica [autosomministrato, 5 minuti per lo scoring].
- In caso in cui il punteggio alla PQ-16 sia superiore a 6 si procede a somministrare CAARMS (Coomprehensive Assessment of At Risk Mental State), per confermare un eventuale rischio di psicosi o un quadro già conclamato (la CAARMS permette diindividuare il livello di gravità) [eterosomministrato, 20 minuti].
- PID-5 (Clinical rating ofPersonality Inventory for DSM – V; cut-off: ≥2 in almeno 2 item). Tale scala

è utilizzata per approfondire quadri personologici disfunzionali o disturbi di personalità già conclamati [auto-eterosomministrato, 5 minuti per lo scoring].

- GAF (Global Assessment of Functioning; cut-off: ≤50) [2 minuti].
- SOFAS (Social and Occupational Functioning Assessment Scale), per valutare il funzionamento (in ambito lavorativo, scolastico, sociale) del soggetto e la qualità di vita [5 minuti].
- NOS-DUP (Nottingham Onset Schedule), per valutare la durata dei sintomi non trattati in precedenza, in modo da evidenziare la presenza di eventuale criterio di esclusione sopra citato [15 minuti].
- PBI (Parental Bonding Instrument). Viene proposto inoltre il questionario per indagare lo stile di attaccamento [autosomministrato, 15 minuti per lo scoring].

Afferenza degli autori:

**Psichiatra, Direttore del Dipartimento di salute Mentale della ASST "Santi Paolo e Carlo" di Milano.*

*** Psichiatra, Consulente del Programma Innovativo Giovani, presso il Centro Giovani "Ponti" del Dipartimento di Salute Mentale della ASST "Santi Paolo e Carlo" di Milano.*

**** Psichiatra, Responsabile del Centro Giovani "Ponti" del Dipartimento di Salute Mentale della ASST "Santi Paolo e Carlo" di Milano.*

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., Heinssen 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. Appleton S., Pugh K., *Planning Mental Health Services for Young Adults – Improving Transition: A Resource for Health and Social Care Commissioners*. National Mental Health Development Unit, 2011.
4. 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 insubjects at risk for a first episode of psychosis: a comparison with firstepisode schizophrenia patients and healthy controls*. Schizophr Res 2005, 79:137-43.
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. 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.
7. Bourque F., Van Der Ven E., Malla A., *A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants*.Psychol Med 2011, 41:897–910
8. Butterfoss F.D. and 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 pp. 157–193.
9. Cantor-Graae E., Selten J.P., *Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review*. Am J Psychiatry 2005, 162:12–24
10. Cerati G., e Percudani M., *L'innovazione e il miglioramento della qualità dei trattamenti nei servizi di salute mentale*. In: Vita A (ed): La riabilitazione cognitiva delle psicosi: principi, metodi e valutazione di efficacia. Springer, Milano, 2013
11. Cocchi A, Meneghelli A, Monzani E, Preti A. Gli insegnamenti dell'Early Intervention in Psychosys, Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici, 2011; n.2
12. 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.
13. 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.
14. Fusar-Poli P., Bonoldi I., Yung A.R., Borgwardt S., Kempton M.J., Valmaggia L., Barale F., Caverzasi E., McGuire P., *Predicting psychosis: meta-analysis of transitino outcomes in individuals at high clinical risk*. Arch Gen Psychiatry 2012, 69:220-9.
15. 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.
16. Gleeson H., Turner G., *Transition to adult services*. Arch Dis Child Educ Pract Ed 2012, 97:86-92.
17. Goldman-Mellor S., Caspi A., Arseneault, L., Ajala, N., Ambler, A., Danese, A., Fisher, H., Hucker, A., Odgers, C., Williams, T., Wong, C. and Moffitt, T. E. (2016), *Committed to work but vulnerable: self-perceptions and mental health in NEET 18-year olds from a contemporary British cohort*.
J Child Psychol Psychiatr, 57: 196–203.
18. Granner ML, Sharpe PA. *Evaluating community coalition*

characteristics and functioning: a summary of measurement tools. Health Educ Res 2004,19:514-532.

19. Hawkins J.D, Oesterle S, Brown EC, Arthur MW, Abbott RD, Fagan AA, Catalano RF, *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 Medicine2009, 163:789-798.
20. Khazaal Y, Favrod J, Libbrecht J, Finot SC, Azoulay S, Benzakin L, Oury-Delamotte M, Follack C, Pomini V. *A card game for the treatment of delusional ideas: a naturalistic pilot trial*. BMC Psychiatry 2006,30:6:48.
21. Khazaal Y, Chatton A, Dieben K, Huguelet P, Boucherie M, Monney G, Lecardeur L, Salamin V, Bretel F, Azoulay S, Pesenti E, Krychowski R, Costa Prata A, Bartolomei J, Brazo P, Traian A, Charpeaud T, Murys E, Poupart F, Rouvière S, Zullino D, Parabiaghi A, Saoud M, Favrod J. *Reducing Delusional Conviction through a Cognitive-Based Group Training Game: A Multicentre Randomized Controlled Trial*. Front Psychiatry 2015, 6:66.
22. 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 2012, 47:447-54.
23. Marshall M, Rathbone J. *Early intervention for psychosis*. Cochrane Database Syst Rev 2011, 5;(6):CD004718.
24. Nelson B, Yuen HP, Wood SJ, Lin A, Spiliotacopoulos D, Bruxner A, Broussard C, Simmons M, Foley DL, Brewer WJ, Francey SM, Amminger GP, Thompson A, McGorry PD, Yung AR. Long-McGorry PD. *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.
25. McGlashan, R.B. Zipursky, D. Perkins, J. Addington, T. Miller, S.W. Woods, et al. *Randomized, double-blind trial of olanzapine versus placebo in patients prodromally symptomatic for psychosis*. Am J Psychiatry 2006, 163:790–799.
26. McGorry PD. *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.
27. Miklowitz DJ, Chang KD, Taylor DO, George EL, Singh MK, Schneck CD, Dickinson LM, Howe ME, 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.
28. Miklowitz DJ, Schneck CD, Singh MK, Taylor DO, George EL, Cosgrove VE, Howe ME, Dickinson LM, Garber J, Chang KD. *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.
29. Morrison AP, French P, Walford L, Lewis SW, Kilcommons A, Green J, Parker S, Bentall RP. *Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial*. Br J Psychiatry 2004, 185:291-7.
30. 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.
31. Percudani M, Cerati G, Angelozzi A, Gruppo di lavoro SIP. *I modelli regionali nelle politiche di salute mentale*. Sistema Salute 2012, 56:192-204.
32. Phillips LJ, Leicester SB, O'Dwyer LE, Francey SM, Koutsogiannis J, Abdel-Baki A, Kelly D, Jones S, Vay C, Yung AR, McGorry PD. *The PACE Clinic: identification and management of young people at "ultra" high risk of psychosis*. J Psychiatr Pract 2002, 8:255-69.
33. Phillips LJ, McGorry PD, Yuen HP, 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.
34. 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.
35. Reale L, Bonati M, *Mental disorders and transition to adult mental health services: A scoping review*. European Psychiatry 2015, 30:932-942.

36. Seikkula J, Olson ME, *The open dialogue approach to acute psychosis: itsPoetics and micropolitics*. Fam Process 2003, Fall42:403-18.
37. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed.; DSM–5*; American Psychiatric Association, 2013.
38. Van der Gaag M, Smit F, Bechdolf A, French P, Linszen DH, Yung AR, 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.
39. Yung AR, Phillips LJ, Nelson B, Francey SM, Panyuen H, Simmons MB, et al. *Randomized controlled trial of interventions for young people at ultra high risk for psychosis: 6-month analysis*. J Clin Psychiatry2011, 72:430–440.
40. Yung AR, Nelson B. T*he ultra-high risk concept-a review*. Can J Psychiatry 2013, 58:5-12.
41. Yung AR, Yuen HP, McGorry PD et al. *Mapping the onset of psychosis: the comprehensive assessment of at-risk mental States*. Austral NZJ Psychiatry, 2005, 39:964-971.
42. Van der Gaag M, Nieman DH, Rietdijk J, Dragt S, Ising HK, Klaassen RM, Koeter M, Cuijpers P, Wunderink L, Linszen DH, *Cognitive behavioral therapy for subjects at ultrahigh risk for developing psychosis: a randomized controlled clinical trial*. Schizophr Bull 2012, 38:1180-8.
43. Veling W, Hoek HW, Selten JP, Susser E. *Age at Migration and Future Risk of Psychotic Disorders Among Immigrants in the Netherlands: A 7 -Year Incidence Study*. Am J Psychiatry 2011, 168:1278 –1285
44. Zeschel E, Bingmann T, Bechdolf A, Krüger-Oezguerdal S, Correll CU, 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 Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:
Mauro Percudani e Massimo Clerici

Segretario:
Carlo Fraticelli

Vice-Segretario:
Giovanni Migliarese

Tesoriere:
Gianluigi Tomaselli

Consiglieri eletti:
Mario Ballantini
Franco Spinogatti
Gianmarco Giobbio
Luisa Aroasio
Carla Morganti
Federico Durbano
Alessandro Grecchi
Camilla Callegari
Antonio Magnani
Laura Novel
Pasquale Campajola
Giancarlo Belloni
Marco Toscano
Antonio Amatulli
Caterina Viganò

Rappresentanti

Sezione "Giovani Psichiatri":
Francesco Bartoli
Giacomo D'Este
Filippo Dragona
Claudia Palumbo
Lorenzo Mosca
Matteo Rocchetti

Membri di diritto:
Claudio Mencacci
Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:
Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni