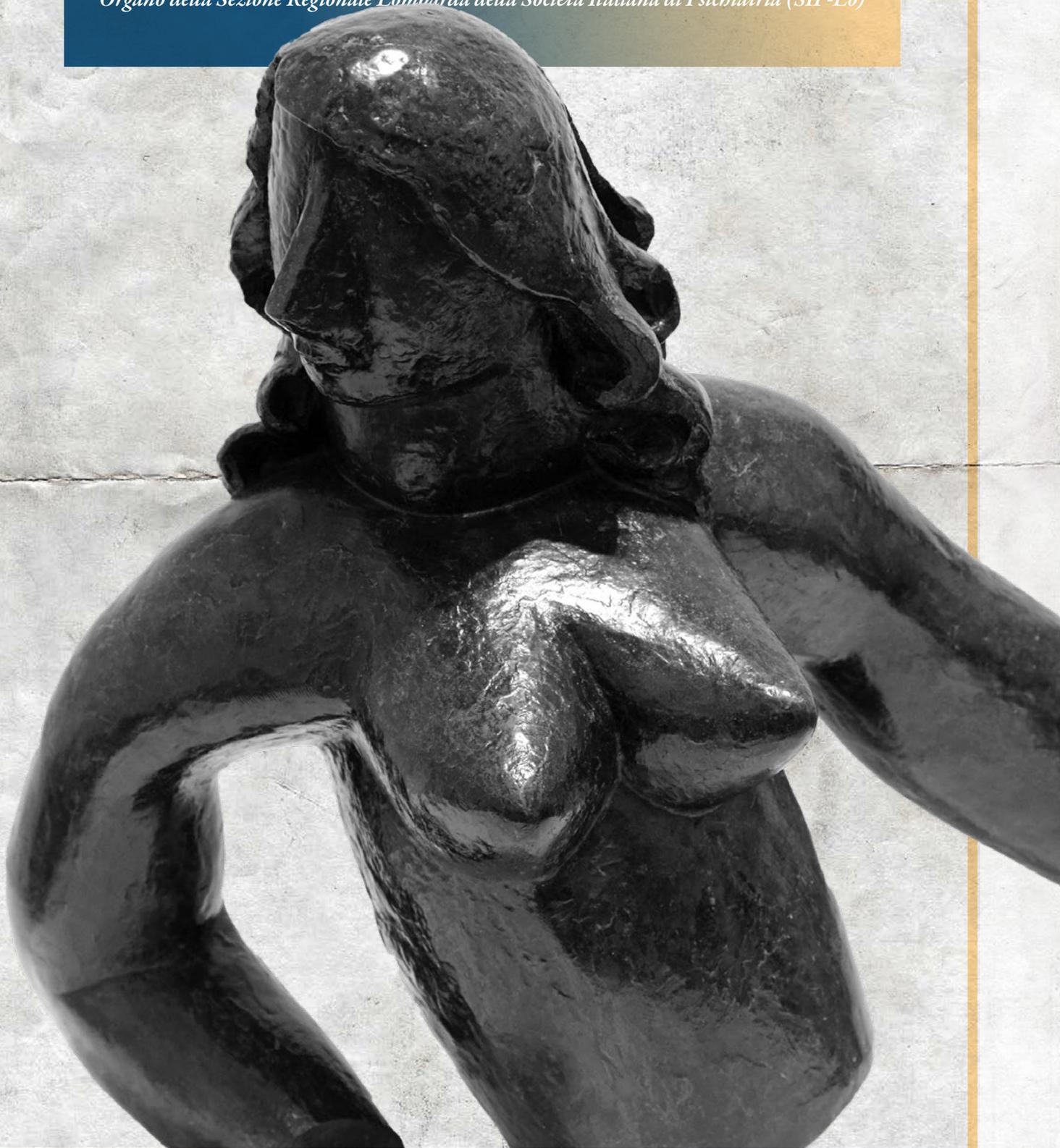




# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

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



## Il valore della ricerca.

Avere soluzioni terapeutiche innovative significa migliorare la vita delle persone dal punto di vista umano, sociale ed economico. Ma non sarebbe possibile senza nuove e incoraggianti scoperte in ambito farmaceutico: per questo motivo Janssen sostiene la ricerca globale all'interno dei propri laboratori e collabora con le realtà accademiche, scientifiche, industriali, istituzionali.

Giorno dopo giorno, Janssen affronta sfide sempre più complesse nel campo della medicina, rimanendo al fianco dei pazienti in molte delle principali aree terapeutiche: neuroscienze, infettivologia e vaccini, immunologia, malattie cardiovascolari e metaboliche, oncologia ed ematologia. Al tempo stesso promuove la sostenibilità del sistema salute con modelli innovativi di accesso e programmi di formazione e informazione.

Il valore della ricerca è solo uno dei cardini su cui si basa l'operato di Janssen in Italia: da 40 anni al servizio della ricerca per un mondo più sano.

**Janssen. Più vita nella vita.**

janssen 

# L'esperienza di una struttura residenziale riabilitativa di ASST Lariana in Appiano Gentile dedicata ai giovani adulti

## *Gli interventi e gli esiti*

*Giovanna Molinari\**, *Alberto Alamia\**,  
*Maria Pia Di Noia\*\**, *Alessandro Menni\*\**,  
*Marzia Pini\*\**, *Anna Di Leva\*\**, *Marco Brambilla<sup>^</sup>*,  
*Nicoletta Casarin<sup>†</sup>*, *Santina Cominardi<sup>†</sup>*,  
*Carlo Fraticelli\**

## INTRODUZIONE

La legge 180 del 13 maggio 1978 ha affidato alle regioni il compito di programmare e coordinare l'organizzazione dei presidi e dei servizi per la salute mentale, che "al fine di garantire la continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale sono organicamente e funzionalmente collegati, in forma dipartimentale".

La Regione Lombardia ha definito finalità e obiettivi, precisando anche l'organizzazione dei centri residenziali di terapie psichiatriche. La legge regionale n.67 del 1984 ha delineato in maniera più approfondita il profilo di questi centri, registrati come strutture con caratteristiche di comunità terapeutiche socio-sanitarie deputate a trattamenti psichiatrici psicoterapici e risocializzanti a breve e medio termine. Nel tempo il sistema regionale lombardo si è arricchito di una rete di strutture residenziali (pubbliche e private) sino alla dotazione attuale di 5.25 posti per 10.000 abitanti (Giobbio et al., 2020).

Tra gli obiettivi a carattere prioritario e di rilievo nazionale, Regione Lombardia ha previsto nell'area della promozione della salute un modulo sull'individuazione precoce dei disturbi mentali e l'attuazione di interventi di prevenzione e di presa in carico tempestiva, finalizzati al miglioramento degli esiti (Austin et al., 2013). Come ha iniziato ad operare in questo ambito fin dal gennaio 2002, allorché il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) dell'Ospedale Sant'Anna ha partecipato ad

un programma sperimentale finanziato dalla Regione Lombardia finalizzato ad un intervento precoce nelle psicosi, poi proseguito negli anni successivi quale progetto dipartimentale attorno al "Centro Giovani Adulti e Adolescenti" (CGA) progressivamente consolidandosi nei suoi elementi distintivi. Parallelamente è stata dedicata la Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza (CRA) di Appiano Gentile a un'utenza di età compresa tra i 18 e i 29 anni. Tale progettualità è oggi ricompresa a pieno titolo nelle azioni prioritarie tese a potenziare servizi per l'intervento precoce da parte del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) dell'Azienda Sociosanitaria (ASST) Lariana, che include le aree operative della salute mentale dell'età evolutiva e dell'età adulta, le dipendenze e la psicologia clinica.

## LA COMUNITÀ RIABILITATIVA AD ALTA ASSISTENZA (CRA) DI APPIANO GENTILE

Verso la fine degli anni 90 il Prof. Ian R.H. Falloon, uno dei pionieri dell'intervento psico educativo integrato, è stato invitato dal dott. A. Mastroeni, allora Direttore della Unità Operativa di Psichiatria 65 di Appiano Gentile, a tenere diversi corsi di formazione al personale, in particolare medici e infermieri, con lo scopo di ottimizzare il modello di gestione degli utenti. Grazie a questo modello il ruolo dell'infermiere è stato riqualificato e posto in evidenza in qualità di figura fulcro per il "to care" dei pazienti con disturbi psichici. Tale approccio si inseriva all'interno della promozione di programmi di trattamento multimodali per le più severe condizioni psichiatriche, fondati sull'uso di routine di strategie basate sull'evidenza (Falloon et al., 2004). La formazione è stata estesa a tutti i servizi, interessando in particolare il polo di Appiano Gentile caratterizzato da un forte investimento sul lavoro di staff inteso come gruppo multiprofessionale, compresa la CRA.

Tale comunità ospita utenti con disagio psichico che necessitano di un percorso terapeutico-riabilitativo ad alta intensità, finalizzato al recupero delle abilità di base e al reinserimento sociale, con una permanenza massima di 18

mesi secondo le indicazioni fornite da Regione Lombardia. La CRA può accogliere anche pazienti in fase di post-acuzie per interventi intensivi globali (psicoterapeutico, farmacologico, relazionale e sociale) e di approfondimento diagnostico-valutativo (anche mediante test psicometrici e di personalità, somministrati dalla psicologa della struttura), necessitanti di una breve, temporanea e specializzata presa in carico in un contesto di vita quotidiano alternativo al domicilio (Green et al., 2019).

Attualmente, in coerenza con la graduazione del livello di intensità riabilitativa fornita dalle diverse tipologie di strutture, secondo quanto previsto dal documento di Conferenza Unificata delle Regioni e delle Province autonome (documento n. 13/054/CR7A/C7 del 13/06/2013), la CRA è ridenominata SRP1 (Struttura Residenziale Psichiatrica per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo). Rappresenta una delle strutture comunitarie psichiatriche per soggetti maggiorenni del DSMD di ASST Lariana (ad oggi nell'insieme 74 posti attivi distribuiti su 5 presidi), funzionalmente collegate tra loro e con gli altri presidi territoriali e ospedalieri, all'interno della stessa Unità Operativa di Psichiatria Aziendale (per una popolazione complessiva di circa 580.000 residenti, secondo dati Istat relativi al 2020).

L'esperienza sviluppata nella gestione di utenti giovani ci ha portato a riflettere circa le attività proposte e a modificare le fasce orarie in cui queste vengono svolte, con maggiore flessibilità, includendo anche attività serali.

L'obiettivo generale è il raggiungimento di un maggiore benessere e equilibrio bio-psico-sociale con una maggiore capacità di adattamento negli ambienti di vita e nelle relazioni sociali. Tutte le attività svolte nella struttura sono "guidate" dagli operatori con un'ottica riabilitativa, cioè valorizzando e incrementando ciò che la persona è in grado di compiere in autonomia, aiutandola nel recupero di capacità "perse" o favorendo l'apprendimento di nuove abilità. La messa a punto di programmi riabilitativi individualizzati viene specificata nel Progetto Terapeutico Riabilitativo (PTR) che viene redatto dall'équipe della

struttura sulla base del Piano Terapeutico Individualizzato (PTI), fornito dal Centro Psicosociale (CPS) inviante.

Per il raggiungimento di questi obiettivi si mettono in atto una serie di interventi mirati all'acquisizione o al recupero delle abilità perse (per abilità si intende la capacità di svolgere, nel momento opportuno, una serie di attività quotidiane), avvalendosi di molteplici strumenti e tecniche: dai diversi trattamenti psicoterapeutici, alle tecniche di relazione e comunicazione, oltre che attività manuali.

Come équipe abbiamo potuto constatare nel tempo che il nostro lavoro risulta tanto più efficace quanto più riusciamo a coinvolgere i giovani adulti nel loro percorso comunitario (nelle sue varie componenti: colloqui, attività, progetti...), così da aiutarli a diventare più consapevoli e propositivi, insegnando loro a gestire lo stress e la patologia da cui sono affetti mediante il riconoscimento dei segnali precoci di crisi e una comunicazione più efficace.

Il target della riabilitazione psicosociale è il funzionamento della persona con disturbo psichico nella sua comunità sociale di appartenenza. I risultati raggiunti dai trattamenti offerti in uno stadio precoce di malattia, evidenziano che gli esiti di ripresa di salute mentale si declinano non solo nella dimensione biologica, ma anche in quella funzionale e psicologica. I principi riabilitativi di riferimento sono (Farkas et al., 1993; Anthony & Farkas, 2016):

- coinvolgimento della persona nel suo progetto riabilitativo;
- accordo condiviso di obiettivi riabilitativi realistici;
- scelta attraverso un percorso di negoziazione.

## MODELLO OPERATIVO

Il percorso riabilitativo in comunità, secondo il modello psico-educativo integrato, prevede progetti individuali e un approccio al paziente di tipo cognitivo-comportamentale. (Falloon, 1992)

A ogni ingresso di un nuovo ospite il personale mette in atto un processo suddiviso in fasi.

La prima fase è costituita dall'osservazione e dalla valutazione tramite il supporto di strumenti standardizzati per definire i bisogni della persona e i suoi obiettivi individuali, per migliorare l'accertamento clinico/diagnostico, per definire meglio il grado che il paziente ha di conoscenza della malattia e della terapia, per capire il livello di stress associato al disturbo (sia personale che familiare) e per conoscere il livello di disabilità e il grado di funzionamento sociale. Le valutazioni effettuate vengono ripetute periodicamente durante il percorso comunitario, così da permettere un attento monitoraggio e una più appropriata pianificazione degli interventi.

Le valutazioni adottate sono:

- Valutazione individuale semi strutturata;
- Intervista CPS-50 (Current Psychiatric State 50) (Falloon et al. 2005);
- Intervista VADO (Valutazione di Abilità e Definizione di Obiettivi) per valutare le abilità e le disabilità per le attività di base, al fine di definire con precisione gli obiettivi (Morosini et al., 1998).

La seconda fase consiste nell'utilizzo di moduli psico-educazionali del Trattamento Integrato per la Salute Mentale da parte dell'infermiere di riferimento (*Tabella 1*).

Viene inoltre utilizzato da parte dell'educatore di riferimento lo strumento Rational Emotive Therapy (RET o ABC delle emozioni). Fin dalla sua introduzione da parte di Albert Ellis negli anni 50 la terapia razionale-emotiva (in seguito Rational-Emotive Behaviour Therapy)

ha sottolineato l'interazione reciproca tra cognizione, emozioni e comportamenti (Ellis, 1957; Ellis, 1969). Riproposta in Italia da De Silvestri e Di Pietro (De Silvestri, 1981; Di Pietro, 2015) è una pratica di terapia cognitivo-comportamentale che serve a riconoscere e trasformare quelli che vengono chiamati "pensieri disfunzionali" e "virus mentali". Si parte dalla percezione e dal riconoscimento delle proprie emozioni per poi comprendere i meccanismi mentali che influenzano le reazioni emotive e i comportamenti.

Tutte le attività proposte e organizzate in CRA fanno riferimento alle quattro aree di Funzionamento Personale e Sociale dello strumento VADO, come sintetizzato nella tabella seguente (*Tabella 2*):

Offrire ai pazienti attività diversificate durante la giornata è certamente un importante stimolo a uscire dall'isolamento e dall'apatia e, vista la giovane età dei nostri pazienti, spesso sono molto apprezzate attività praticate all'esterno e di movimento.

#### **VADO. VALUTAZIONE DI ABILITÀ, DEFINIZIONE DI OBIETTIVI**

Lo strumento VADO (Morosini et al., 1998) è uno strumento per la valutazione, la pianificazione, il monitoraggio di interventi riabilitativi individualizzati e la verifica degli obiettivi personali concordati con persone che presentano disabilità personali e sociali dovute a disturbi mentali. Messo a punto da un gruppo di operatori esperti in ambito riabilitativo e da ricercatori qualificati nello

**Tabella 1 – MODULI PSICO-EDUCAZIONALI**

Cos'è il Disturbo Psicotico?	Che cosa è il Disturbo Affettivo Bipolare?
Che cosa è la Depressione?	Che cosa è l'Ansia?
Che cosa è il Disturbo Ossessivo Compulsivo?	Come trovare alternative migliori all'uso di alcool e droghe per risolvere i nostri problemi
Gestione della crisi	Problemi dell'alimentazione
Dormire bene la notte	Fare amicizia
Imparare ad affrontare i pensieri spiacevoli e le voci	Aumentare le attività gratificanti
Affrontare la rabbia e la frustrazione	

Tabella 2 – Strumento VADO, aree di Funzionamento Personale e Sociale

AREE VADO	ATTIVITÀ PROPOSTE
a) Area Attività Socialmente Utili	Gruppo Problem Solving; Laboratorio del Verde; Laboratorio Ceramica; Laboratorio Creativo; Laboratorio Falegnameria; Gruppo Canto/ Karaoke; Laboratorio Cucina e Pasticceria; Biblioteca; Gruppo Lettura; Cineforum; Uscite culturali e risocializzanti; Piscina Estiva
b) Area Rapporti Personali e Sociali	Gruppo di Auto Mutuo Aiuto; Riunione organizzativa di Comunità; Gruppo Comunicazione
c) Area della Cura dell'Aspetto e dell'Igiene	Gruppo Igiene e Cura di Sé; Laboratorio Estetica; Igiene e cura ambientale; Riordino Mensa
d) Area dei Comportamenti Disturbanti e Aggressivi	Gruppo ABC delle Emozioni; Gruppo Gestione Rabbia; Gruppo Rilassamento; Musicoterapia; Psicomotricità; Arteterapia

sviluppo di strumenti di valutazione standardizzati, si rivolge a tutti gli operatori che lavorano nel campo della riabilitazione psichiatrica: psicologi, psichiatri, assistenti sociali, educatori, infermieri.

Questo strumento consente di identificare le principali aree problematiche e permette di prendere decisioni sugli aspetti in cui intervenire prioritariamente. Anthony e Liberman (1986), affermavano che la riabilitazione consiste nel recupero del funzionamento di ruoli sociali e strumentali al più alto grado possibile per ogni specifica persona, attraverso procedure di apprendimento e supporto ambientale. Da tale affermazione si può asserire che la valutazione è una fase indispensabile del progetto riabilitativo, offrendo un coinvolgimento del paziente fin dal suo ingresso in struttura e favorendo il confronto tra “un prima e un dopo”. La necessità di programmi di valutazione periodica dell’andamento nel tempo e degli esiti dei trattamenti terapeutico-riabilitativi comunitari è oggi ampiamente riconosciuta come elemento per buone pratiche cliniche (Amatulli et al., 2016).

Il VADO permette una valutazione del Funzionamento Personale e Sociale (Pioli & Maffetti, 2013) presentandosi come guida a una intervista semi-strutturata per acquisire informazioni in 28 aree specifiche, che poi, raggruppate nelle quattro aree principali, daranno origine al Punteg-

gio FPS o Scala del Funzionamento Personale. La FPS fornisce un valore numerico espresso su una scala da 0 a 100 e indica il livello di funzionamento personale e sociale del paziente, dove 100 corrisponde ad un funzionamento eccellente in tutte le aree del funzionamento personale e sociale e 1 a una condizione di allerta in cui il soggetto non è in grado di soddisfare autonomamente in alcun modo nemmeno i bisogni fisiologici. Il punteggio viene quindi attribuito attraverso la valutazione del grado di disfunzione nelle seguenti quattro aree principali del funzionamento personale:

- Attività socialmente utili (inclusi lavoro e scuola);
- Rapporti personali e sociali (inclusi i rapporti con i familiari);
- Cura dell’aspetto e dell’igiene;
- Comportamenti disturbanti e aggressivi.

Si indaga il funzionamento della persona nell’ultimo mese ma, secondo il manuale, si può anche utilizzare un periodo diverso (ad es. le ultime due settimane). Nella CRA di Appiano Gentile il VADO viene somministrato all’ingresso in struttura nel corso di un colloquio con l’infermiere di riferimento, in seguito ogni tre mesi di permanenza e alla dimissione del paziente, così da monitorare nel tempo i progressi fatti, pianificare gli interventi e verificare il raggiungimento degli obiettivi personali.

## ANALISI DEGLI ESITI DEGLI INTERVENTI

Nella presente analisi si cerca di verificare, a scopo puramente esplorativo, se il percorso all'interno della CRA di Appiano Gentile è in grado di determinare un miglioramento nel funzionamento globale dei soggetti trattati. Tale outcome è stato indagato tramite la scala VADO, somministrata all'inizio e alla fine del percorso riabilitativo. I dati sono stati raccolti su un campione totale di 77 soggetti che hanno intrapreso il percorso di cura tra il 2015 e il 2019. Di questi, 32 soggetti sono stati esclusi in quanto non disponevano del punteggio VADO all'inizio, alla fine o di una diagnosi univoca. L'analisi è stata quindi effettuata sui 45 soggetti rimanenti.

L'analisi è stata condotta tramite il software R versione 3.6.3. Per ogni cartella è stata compilata una scheda, alla quale è stato assegnato un numero identificativo e comprendente i dati anagrafici del paziente (età e sesso) e i parametri che sono stati analizzati nello studio. Per ogni paziente sono stati raccolti:

- l'anamnesi;
- il punteggio FPS del VADO all'ingresso del paziente in struttura;
- il punteggio FPS del VADO prima della dimissione.

## RISULTATI

Per l'analisi descrittiva dei punteggi VADO sono state impiegate le statistiche d'ordine (minimo, massimo e quartili), mentre per il loro confronto si è impiegato il Sign test e il test di Wilcoxon per dati appaiati. Tale scelta è riconducibile alla non normalità distributiva dei punteggi VADO, testata tramite il test di Shapiro, che rende poco affidabili le medie aritmetiche e inadeguato un loro confronto tramite il test t. Le analisi sono state condotte sia nel campione in generale, sia all'interno delle singole categorie diagnostiche. Il punteggio mediano alla dimissione è pari a 60, rispetto al punteggio all'ammissione che è pari a 50 (Tabella 3).

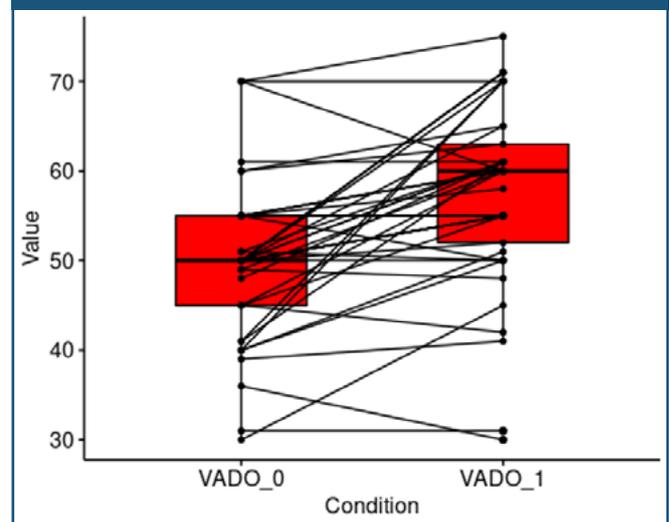
Tabella 3 – Punteggi VADO all'ammissione (VADO\_0) e alla dimissione (VADO\_1) nel campione globale

	VADO_0	VADO_1
minimo	30,00	30,00
1° quartile	45,00	52,00
mediana	50,00	60,00
3° quartile	55,00	63,00
massimo	70,00	75,00

Il 71,1% dei pazienti del campione generale (32 su 45) ha mostrato un miglioramento statisticamente significativo del punteggio VADO sia al Sign test ( $p = .003$ ) sia al test di Wilcoxon ( $P < .0001$ ) (Figura 1).

Figura 1 – Profile plot complessivo

Confronto tra punteggio VADO all'ingresso e alla dimissione per ogni paziente. Ogni punto corrisponde al punteggio di un soggetto all'ingresso (VADO\_0) e alla dimissione (VADO\_1). Le linee congiungono il punteggio all'ingresso con il punteggio all'uscita del medesimo paziente. I boxplot riportano (dal basso) minimo, primo quartile, mediana, terzo quartile e massimo all'ingresso e alla dimissione.



L'analisi condotta nei sottogruppi diagnostici suggerisce un miglioramento in tutte le categorie. La mediana del punteggio VADO all'ammissione è risultata pari a 50 in tutti i gruppi, mentre i punteggi mediani alla dimissione sono risultati pari a 58 nei pazienti affetti da Nevrosi, 60 nei pazienti affetti da Disturbo di Personalità e 59 nei pazienti affetti da Psicosi (Tabella 4).

Tabella 4 – Punteggi VADO all'ammissione (VADO\_0) e alla dimissione (VADO\_1) nei sottogruppi diagnostici.

<b>Nevrosi</b>	<b>VADO_0</b>	<b>VADO_1</b>
minimo	39,00	41,00
1° quartile	49,25	51,25
mediana	50,00	58,00
3° quartile	50,00	68,75
massimo	60,00	71,00
<b>Disturbi di personalità</b>		
minimo	31,00	31,00
1° quartile	43,00	55,00
mediana	50,00	60,00
3° quartile	58,00	65,50
massimo	70,00	75,00
<b>Psicosi</b>		
minimo	30,00	30,00
1° quartile	48,75	50,75
mediana	50,00	59,00
3° quartile	55,00	61,00
massimo	70,00	71,00

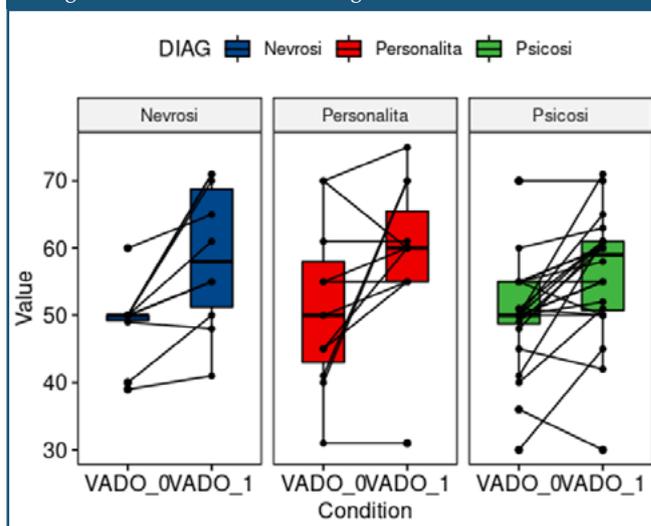
Un miglioramento è stato riscontrato nel 90% dei pazienti Nevrotici ( $p = .01$ ) e nel 66% nei pazienti Psicotici ( $p = .076$ ), mentre non è risultata statisticamente significativa la proporzione di pazienti migliorati tra quelli affetti da Disturbo di Personalità (63%,  $p = .27$ ). Al test di Wilcoxon il miglioramento è risultato statisticamente significativo in tutte le categorie diagnostiche (Nevrosi:  $p = .004$ ; Disturbi di Personalità:  $p = .03$ ; Psicosi:  $p = .001$ , Figura 2).

## CONCLUSIONI

Nel complesso i dati suggeriscono che il paziente trae beneficio dal percorso terapeutico-riabilitativo, come confermato dalla significatività statistica in test robusti come il Sign Test e il test di Wilcoxon. Tuttavia lo studio presenta una serie di limiti. Innanzitutto la mancanza di un gruppo di controllo riduce la validità dei dati. La scala

Figura 2: Profile plot entro gruppi diagnostici (nevrosi, disturbo di personalità e psicosi)

Confronto tra punteggio VADO all'ingresso e alla dimissione per ogni paziente. Ogni punto corrisponde al punteggio di un soggetto all'ingresso (VADO\_0) e alla dimissione (VADO\_1). Le linee congiungono il punteggio all'ingresso con il punteggio all'uscita del medesimo paziente. I boxplot riportano (dal basso) minimo, primo quartile, mediana, terzo quartile e massimo all'ingresso e alla dimissione.



---

VADO è somministrata dagli operatori della comunità stessa, per cui i risultati potrebbero essere stati influenzati significativamente dalle aspettative ottimistiche del personale. Nonostante le importanti difficoltà tecniche e gli eventuali costi, l'applicazione di metodiche più oggettive (per es. una valutazione di outcome eseguita da personale esterno) sarebbe auspicabile per poter confermare questi dati. Anche la non casualità nell'assegnazione al trattamento e i fattori contestuali (come le relazioni tra particolari pazienti o operatori, variazioni organizzative, etc.) potrebbero aver influenzato i risultati. La numerosità, risultata sufficiente a ottenere la significatività statistica in entrambi i test nel campione generale, non ha permesso però di ottenere risultati significativi al Sign Test nei sottogruppi. Sarebbe utile ottenere una numerosità sufficiente a condurre analisi in sottogruppi diagnostici più dettagliati o l'inclusione di più variabili. Nondimeno potrebbe essere molto complicato ovviare a alcuni dei limiti indicati in un contesto osservazionale come quello oggetto della nostra osservazione.

---

#### AFFERENZA DEGLI AUTORI

\* *Psichiatra Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze – ASST Lariana*

\*\* *Infermiere Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze – ASST Lariana*

^ *Educatore Professionale Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze – ASST Lariana*

† *Operatore Socio Sanitario Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze – ASST Lariana*

#### CORRISPONDENZA A:

*Giovanna Molinari. Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze – ASST Lariana, Comunità Riabilitativa Alta Assistenza (CRA), Via Milano 3, 22070 (CO)*

*Tel.+39.031.3538316 – Fax +39.031890716 (CRA Appiano Gentile)  
[giovanna.molinari@asst-lariana.it](mailto:giovanna.molinari@asst-lariana.it)*

## BIBLIOGRAFIA

1. Legge 13 maggio 1978, n. 180 *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*. GU Serie Generale n.133 del 16-05-1978
2. Legge Regionale 31 dicembre 1984, N. 67. *Provvedimenti per la tutela socio-sanitaria dei malati di mente e per la riorganizzazione dei servizi psichiatrici*. BURL n. 52, 1° suppl. ord. del 31 Dicembre 1984
3. Giobbio G.M., Viganò C., Valvassori G., Saffiotti C. *Ipotesi di evoluzione del sistema residenziale psichiatrico lombardo*. *Psichiatria Oggi* 2020; XXXIII, 1:87-95
4. Austin S.F., Mors O., Secher R.G., Hjorthøj C.R., Albert N., Bertelsen M., Jensen H., Jeppesen P., Petersen L., Randers L., Thorup A., Nordentoft M. *Predictors of recovery in first episode psychosis: the OPUS cohort at 10 year follow-up*. *Schizophrenia Research* 2013;150(1):163-168
5. Falloon I.R., Montero I., Sungur M., Mastroeni A., Malm U., Economou M., Grawe R., Harangozo J., Mizuno M., Murakami M., Hager B., Held T., Veltro F., Gedye R., OTP Collaborative Group, *Implementation of evidence-based treatment for schizophrenic disorders: two-year outcome of an international field trial of optimal treatment*. *World Psychiatry* 2004; 3(2):104-109
6. Green R., Mitchell P.F., Lee K., Svensson E., Toh J.W., Barentsen C., Copeland M., Newton J.R., Hawke K.C., Brophy L., *Key features of an innovative sub-acute residential service for young people experiencing mental ill health*. *BMC Psychiatry*. 2019 Oct 23;19(1):311
7. Farkas M., Anthony W.A., Cohen A., *Gli aspetti psicoeducativi dell'approccio riabilitativo in psichiatria*. *Rivista di riabilitazione psichiatrica e psicosociale* 1993;2: 5-15
8. Anthony W.A., Farkas M.D. *Guida essenziale alla pratica di riabilitazione psichiatrica. Indicazioni, prassi e trattamenti*. Milano: Franco Angeli, 2016
9. Falloon I.R. *Intervento psico-educativo integrato in psichiatria*. Trento: Erickson, 1992
10. Falloon I.R., Mizuno M., Murakami M, Roncone R., Unoka Z., Harangozo J., Pullman J., Gedye R, Held T., Hager B., Erickson D., Burnett K., *Optimal Treatment Project Collaborators. Structured assessment of current mental state in clinical practice: an international study of the reliability and validity of the Current Psychiatric State interview, CPS-50*. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2005;111(1):44-50
11. Morosini P., Magliano L., Brambilla L. *VADO. Manuale per la riabilitazione in psichiatria*. Trento: Erickson, 1998
12. Ellis A., *Rational Psychotherapy and Individual Psychology*. *Journal of Individual Psychology* 1957;13: 38-44
13. Ellis A., *Rational-emotive therapy*. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 1969;1:82-90
14. De Silvestri C., *I fondamenti teorici e clinici della terapia razionale emotiva*. Roma: Astrolabio, 1981
15. Di Pietro M., *La terapia razionale emotiva comportamentale. Guida per la pratica clinica e per la formazione*. Trento: Erickson, 2015
16. Anthony W.A., Liberman R.P., *The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical, conceptual, and Research Base*. *Schizophrenia Bulletin* 1986;12(4): 542-559
17. Amatulli A., Giampieri E., Marinaccio P.M., *La valutazione degli esiti come pratica routinaria nella residenzialità psichiatrica*. *Psichiatria Oggi* 2016; XXIX, 1:24-30
18. Pioli R., Maffetti K., *La scala di Funzionamento Personale e Sociale (FPS) e lo strumento VADO*. In: Vita A. (eds) *La riabilitazione cognitiva della schizofrenia*. Milano; Springer, 2013. pp 71-81

## 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](mailto: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](mailto:redazione@psichiatriaoggi.it) in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



**SIP-Lo**

Sezione Regionale Lombardia  
della Società Italiana di Psichiatria

#### **Presidenti:**

Mauro Percudani e Massimo Clerici

#### **Segretario:**

Carlo Fraticelli

#### **Vice-Segretario:**

Giovanni Migliarese

#### **Tesoriere:**

Gianluigi Tomaselli

#### **Consiglieri eletti:**

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

#### **RAPPRESENTANTI**

##### **Sezione "Giovani Psichiatri":**

Francesco Bartoli  
Giacomo D'Este  
Filippo Dragona  
Claudia Palumbo  
Lorenzo Mosca  
Matteo Rocchetti

##### **Membri di diritto:**

Claudio Mencacci  
Giancarlo Cerveri  
Emi Bondi  
Pierluigi Politi  
Emilio Sacchetti

##### **Consiglieri Permanenti:**

Alberto Giannelli  
Simone Vender  
Antonio Vita  
Giuseppe Biffi  
Massimo Rabboni