

Settembre 2015 | **SIRP Lombardia** (Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale – Regione Lombardia)



Newsletter SirpLo

Numero 3

PRESENTAZIONE

In questo Numero:

1. **Save the date! Convegno SirpLo**
2. **In arrivo: questionario su bisogni formativi**
3. **Approfondimenti**
4. **Segnalazioni**
5. **Contatti-Iscrizioni**

SAVE THE DATE!

VENERDI' 27 NOVEMBRE 2015



Società Italiana di
Riabilitazione Psicosociale
Regione Lombardia

Convegno

“RECOVERY TRA TEORIA E PRASSI”

Presidenti del Convegno

Caterina Viganò

Antonio Amatulli

Comitato Scientifico

Consiglio Direttivo SIRP Lombardia

Comitato Organizzativo

Caterina Viganò

Stefano Barlati

Stefania Borghetti

Raffaele Casamenti

Matteo Ferri

Giulia Pirelli

Sede del Convegno

Aula Magna - A.O. Luigi Sacco, Via G.B. Grassi,
74 - Milano

IN ARRIVO Il Questionario sui bisogni formativi

La SIRPLo sta per diffondere il **Questionario sui bisogni formativi**, un'iniziativa rivolta a tutti gli operatori della riabilitazione finalizzata a conoscerne i desideri, le preferenze e le attitudini nel campo della formazione. La SIRPLo, come società scientifica, tra i suoi compiti ha quello di promuovere gli scambi culturali e di esperienza, la formazione e l'aggiornamento degli operatori. Il Questionario che sarà tra poco diffuso ha proprio la precisa finalità di conoscere le preferenze e le attitudini degli operatori nel campo della formazione in riabilitazione, considerando da un lato la continua evoluzione delle prassi e delle conoscenze nel campo, e dall'altro lato il progresso e la multidimensionalità degli strumenti formativi attualmente a disposizione. Chiederemo quindi la disponibilità di pochi minuti per la compilazione del Questionario, così da potere mettere a fuoco le richieste e le esigenze degli operatori sul campo, per potere poi programmare con ancor più precisione e appropriatezza le iniziative che la SIRP lombarda potrà mettere in campo nel prossimo futuro. Lo sforzo della SIRPLo è proprio quello di potere sempre meglio conoscere quanto tanti operatori di buona volontà e capacità operativa e scientifica fanno nel quotidiano (e questo anche grazie alla rilevazione delle attività riabilitative lombarde effettuato nel 2012 e in seguito diffuso), e anche di incontrare con sempre maggiore precisione i bisogni che nell'ambito della formazione gli operatori stessi possono presentare. A breve, quindi, sarete raggiunti dal **Questionario sui bisogni formativi** in riabilitazione, e speriamo di ricevere numerose risposte!

Il Consiglio Direttivo SIRPLo

APPROFONDIMENTO

Luca Tarantola

Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: quali modifiche alla legge regionale n.33 del 30 dicembre 2009?

La riforma sociosanitaria messa in atto dal Legislatore lombardo ha preso avvio con la recente Legge Regionale del 11 agosto 2015, n.23 (BURL n.33, suppl. 14 agosto 2015).

Per quanto riguarda le modifiche dell'art.1, al Titolo I° e al Titolo II° della l.r.33/09, in estrema sintesi, questi appaiono i punti principali di novità (*di fatto, le ex ASL ora ATS non erogheranno più alcuna prestazione, ma avranno solo ruolo di programmazione, acquisto e controllo, mentre le ex AO ora ASST comprenderanno al loro interno sia le erogazioni "ospedaliere" - polo ospedaliero - sia le prestazioni territoriali, quelle grosso modo che fino a oggi erano erogate nelle ASL dai Distretti - area territoriale*):

- Art.1 – il precedente sistema sanitario, sociosanitario e sociale viene sostituito dal sistema sociosanitario lombardo (SSL); la legge disciplina il servizio sanitario e sociosanitario regionale (SSR).
- Art.2 – vengono rinforzati alcuni principi, tra cui la libera scelta di accesso ai servizi da parte del cittadino, la sussidiarietà orizzontale per garantire pari accessibilità, l'integrazione operativa e gestionale tra i soggetti erogatori dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali del SSL.
- Art.3 – vengono precisate le finalità del servizio sanitario (prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione), servizio sociale (prestazioni assistenziali), servizio sociosanitario (prestazioni ad elevata integrazione sanitaria e sociale).
- Art.4 – Il Consiglio Regionale approva e declina gli obiettivi del piano sociosanitario integrato lombardo (PSL), con durata quinquennale ed aggiornamento annuale in base al documento di economia e finanza regionale (DEFER); l'attività di prevenzione viene programmata attraverso un piano specifico (PRP), con durata triennale.
- Art.5 – vengono definite le funzioni della Regione, tra cui la garanzia dell'erogazione dei LEA, le funzioni di programmazione, indirizzo e controllo, la garanzia dei requisiti di accreditamento e contrattualizzazione, la costituzione di un Gruppo di approfondimento tecnico per le tecnologie sanitarie (GATTS) pur nel rispetto delle indicazioni nazionali (AIFA), la possibilità di ricorso ad ulteriori organismi di supporto, quali tavoli tecnici tematici, l'Osservatorio integrato del SSL (rappresentativo di tutte le professioni). E' costituito inoltre l'Osservatorio epidemiologico regionale.
- Art.6 – Sono istituite le Agenzie di tutela della salute, denominate ATS, cui competono la negoziazione e l'acquisto di tutte le prestazioni, il governo completo del percorso di presa in carico, le cure primarie, i programmi di educazione, la sicurezza alimentare e veterinaria, la salute negli ambienti di vita e di lavoro, la sanità pubblica veterinaria, la spesa farmaceutica e similare, la vigilanza e controllo sull'offerta. Ogni ATS si articola nei seguenti dipartimenti:

Dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria; dipartimento delle cure primarie, dipartimento per la programmazione, accreditamento, acquisto delle prestazioni, dipartimento veterinario, dipartimento amministrativo, dipartimento della programmazione ed integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali.

- Art.7 – Sono istituite le Aziende sociosanitarie territoriali, denominate ASST, che si articolano in due settori, rete territoriale e polo ospedaliero. Il settore polo ospedaliero si articola, a sua volta, in presidi ospedalieri e/o dipartimenti organizzati a

diversi livelli di intensità di cura; nel settore polo ospedaliero le unità operative sono organizzate in strutture dipartimentali. Il settore rete territoriale delle ASST eroga prestazioni specialistiche di prevenzione sanitaria, diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, le cure intermedie, e garantisce le funzioni e le prestazioni medico-legali. Al settore rete territoriale afferiscono i presidi ospedalieri territoriali (POT) e i presidi socio sanitari territoriali (PreSST).

I POT sono strutture multi servizi, con erogazione di prestazioni residenziali sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici.

I PreSST erogano prestazioni ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità, degenze intermedie, subacute, postacute e riabilitative, a bassa intensità prestazionale, promuovono percorsi di sanità d'iniziativa; possono essere organizzati secondo le modalità previste per l'ospedale di comunità da parte delle normative ministeriali.

In ogni ATS sono costituiti un numero di distretti pari al numero delle ASST, con funzioni specifiche di partecipazioni alle azioni di governo della domanda.

- Agli art.8-9-10 – norme per le Strutture private accreditate, i modelli di presa in carico per il paziente cronico e fragile, il Sistema delle cure primarie, tra cui la creazione di aggregazioni funzionali territoriali (AFT) di MMG e di PLS (pediatri di libera scelta), e le unità complesse di cure primarie (UCCP), a cui è affidato il coordinamento delle AFT e l'integrazione all'interno di strutture o presidi, con autorizzazione ad operare con il settore ospedaliero delle ASST. E' istituito il servizio dell'infermiere di famiglia e delle professioni sanitarie.
- Art.11 – E' istituita l'Agenda di controllo del sistema sociosanitario lombardo, quale organismo tecnico-scientifico terzo ed indipendente, che svolge funzioni di programmazione e annuale controllo nelle ATS.
- Dall'art.12 all'art.13 – Vengono definiti gli Organi delle ATS, ASST, A.O. e IRCCS, nonché le direzioni sanitarie, amministrative e sociosanitarie.
- Art.14 – E' istituita l'Agenda per la promozione del sistema sociosanitario lombardo, per la promozione sul territorio nazionale e a livello internazionale del sistema sociosanitario lombardo.
- Art.15 – Vengono definiti i criteri di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione di attività sanitarie e sociosanitarie (da sottolineare il tema delle incompatibilità ai sensi della legge nazionale n.412/91, art.4, comma 7).
- Art.16 – E' istituita l'Agenda regionale dell'emergenza urgenza.
- Art.17 – E' definita l'organizzazione dei soggetti afferenti al sistema socio sanitario lombardo, tra cui per le tempistiche delle regole di sistema, i POAS, le competenze dell'ARCA spa, il Sistema formativo di Eupolis e l'Accademia di formazione per il sistema sociosanitario lombardo (AFSSL).
- Dall'art.18 all'art.22 – Il tema della valorizzazione e sviluppo delle professioni sanitarie (tra cui l'attività libero professionali intramoenia), le Sperimentazioni gestionali, la Conferenza dei Sindaci, il Sistema informativo sanitario, tessera sanitaria e carta nazionale dei servizi, il Sistema informativo contabile.
- Art.23 – Abolito e sostituito dall'art.24
- Art.24 – E' dedicato il tema della valorizzazione del ruolo del volontariato e terzo settore degli albi regionali.
- Art.25 – Utilizzo patrimonio mobiliare dismesso delle strutture sanitarie e sociosanitarie.
- Art.26 – Definizione dell'Unità di offerta sociosanitaria, con le prospettive di riordino e riqualificazione della rete sociosanitaria regionale.
- Art.27 – Vengono definiti i criteri di finanziamento del servizio sanitario e sociosanitario, di natura ordinaria, aggiuntiva corrente, di pregresso disavanzo, di investimento, e di risorsa propria aziendale; promossa la revisione periodica delle tariffe DRG, con definizione delle modalità di trasferimento delle risorse. All'art.27 ter, ISTITUZIONE DELL'ASSESSORATO DELLA SALUTE E POLITICHE SOCIALI "WELFARE". All'interno dell'art. 27 sexies, è possibile trovare il dettaglio delle neo-istituite ATS, ASST, nonché il posizionamento degli IRCCS (si rimanda la lettura all'allegato specifico).

Che cosa accadrà alla Psichiatria lombarda?

E' ancora oggetto dei lavori legislativi (Commissione III°) la definizione delle modifiche al titolo III° della legge n.33/09, tra cui la parte inerente l'organizzazione della tutela della salute mentale. Gli argomenti ed interrogativi in discussione sono all'interno del Progetto di legge 0228 bis, d'iniziativa del Presidente della Giunta regionale. In estrema sintesi, questi alcuni dei passaggi del testo in discussione, che pongono la necessità di interventi di modifica nelle prassi di lavoro attuali (in corsivo il testo originale, sottolineate le parti di maggiore interesse per la riabilitazione psichiatrica):

Art. 49 (Norme in materia di tutela della salute mentale)

1. Passaggio dalla "cura" al "prenderci cura": previsioni di modelli di *"presa in carico integrata, sanitario e sociale, capaci di operare in un contesto di reti sociali comunitarie, di intervenire in modo proattivo e multidisciplinare, di garantire l'esercizio dei diritti, la continuità di cura, la presa in carico della persona e della famiglia e la valorizzazione del loro sapere esperienziale"*.

2. Gli obiettivi implicano una nuova organizzazione dei Servizi, tra cui: *"a) prevenzione primaria e secondaria dei disturbi mentali, da conseguire mediante il collegamento dipartimentale delle unità operative di psichiatria, di neuropsichiatria dell'infanzia e*

dell'adolescenza, dei SERT, dei NOA e delle Unità Operative di psicologia, con il coinvolgimento delle unità d'offerta sociosanitarie;”..... “c) reinserimento sociale, di rilevanza terapeutica o finalizzato alla prevenzione terziaria.....””d) per quanto attiene ai progetti terapeutici e alla prevenzione terziaria, inserimento e mantenimento nell'attività lavorativa delle persone con problemi di salute mentale, attuando interventi concordati con le rappresentanze imprenditoriali, cooperative, sindacali e con la pubblica amministrazione a cui va data indicazione di applicare quanto previsto dall'art. 5 della Legge 381/1991, utilizzando, quando possibile, cooperative sociali che impiegano utenti dei servizi. Laddove sussistano maturate esperienze di “supporto tra pari”, al fine di valorizzare il sapere esperienziale degli utenti, possono essere sperimentate forme di incentivazione economica; e) riduzione del ricorso al ricovero ospedaliero, in particolare di quello coatto, attraverso il potenziamento dell'attività sul territorio, compresa quella al domicilio della persona;” ...”f) favorire processi di pratica clinica che diminuiscano la necessità al ricorso con progressiva riduzione fino all'eliminazione delle contenzioni meccaniche nelle strutture pubbliche e private.”

“3. La tutela sociosanitaria delle persone con disturbo mentale o patologia psichiatrica si attua mediante l'istituzione dei Dipartimenti di Salute Mentale, una struttura organizzativa integrata e interdisciplinare che aggrega le Unità Operative di psichiatria, le Unità Operative di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, i SERT, i NOA, le Unità Operative di psicologia clinica e della riabilitazione, le unità operative per la tutela della salute mentale in carcere e la gestione delle misure di pena alternative al carcere o al ricovero nelle ricovero nelle REMS delle persone portatrici di disturbo mentale e autrici di reato e che predispone modelli di intervento, articolati nella rete ospedaliero territoriale efficaci per la gestione delle situazioni di urgenza ed emergenza.”

“5. Per completare la gestione della problematica della Salute Mentale è istituito il Servizio di Psicologia: quale servizio sanitario presente sul territorio, modulato su due livelli di intensità distribuiti nella rete ospedaliera e territoriale, che si pone in modo trasversale rispetto a tutti i servizi già presenti,”.....

“6 Il Servizio di Psicologia afferisce al Dipartimento di Salute Mentale”.....

.....“8. Il Servizio di Psicologia verrà garantito in ogni ambito sanitario con la presenza di almeno uno psicologo ogni diecimila abitanti.”.....

.....“11. È costituito, presso l'Assessorato competente, l'Ufficio Salute Mentale con compiti di informazione, gestione dei contenziosi e orientamento generale sulla salute mentale”.....

“12. E' costituita la Consulta regionale per la salute mentale composta da soggetti istituzionali, operatori e rappresentanti delle Associazioni ed Enti portatori di interessi,”.....

“13. Il passaggio dalla “cura” al “prendersi cura” viene attuato attraverso un riequilibrio tra le attività residenziali e le attività territoriali, con particolare riguardo a queste ultime.”

“14. La formazione continua degli operatori nella prospettiva del “prendersi cura” è orientata al lavoro d'équipe e di rete del territorio, in un'ottica no restraint. È garantita e organizzata dal Dipartimento di salute mentale in co-progettazione con i soggetti coinvolti, in co-docenza con i soggetti portatori di sapere esperienziale delle diverse categorie e in collegamento con l'università.”

E' utile precisare, oltre alla bozza sopra citata del DDL 0228, che il CPPL (Coordinamento dei Primari Psichiatri della Lombardia) si è espresso ad ampia maggioranza per mantenere la “collocazione” dei DSM nell'ambito dei poli ospedalieri delle ASST, pur conservando l'identità territoriale dell'intervento psichiatrico, al pari di molte altre branche specialistiche della medicina. Con parere analogo si è espresso anche il Consiglio Direttivo della SIPLo (Società Italiana di Psichiatria – sez. Lombardia). A tutti noi spetterà la capacità di tradurre in concreto ciò che il Legislatore assegnerà per legge.

APPROFONDIMENTO

Stefano Barlati¹, Giacomo Deste¹, Cassandra Ariu¹ e Antonio Vita^{1,2}

¹ Unità Operativa di Psichiatria 20, Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera Spedali Civili di

Brescia; ² Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali, Sezione di Neuroscienze, Università di Brescia

IL RIMEDIO COGNITIVO NELLA SCHIZOFRENIA: NUOVE PROSPETTIVE E DIREZIONI FUTURE

I deficit cognitivi, in particolare dell'attenzione, della memoria e delle funzioni esecutive, sono considerati un sintomo fondamentale della schizofrenia, costituiscono un fattore predittivo negativo del funzionamento sociale e lavorativo del soggetto, oltre che un fattore limitante l'efficacia degli stessi interventi riabilitativi tradizionali. Per tali ragioni, l'intervento sui deficit cognitivi è divenuto un *target* rilevante nel trattamento integrato della schizofrenia (Vita, 2013). Gli interventi di tipo farmacologico si sono dimostrati in grado di migliorare solo parzialmente le disfunzioni cognitive della schizofrenia. Questo ha reso necessario lo sviluppo e l'introduzione nella pratica clinica di interventi non farmacologici finalizzati al rimedio di tali deficit cognitivi. Nel corso degli ultimi anni sono state pertanto proposte ed elaborate differenti strategie e specifiche tecniche non farmacologiche di *training* cognitivo, volte a migliorare la *performance* cognitiva, con l'ambizione di ottenere, indirettamente, anche un miglioramento dell'esito clinico e funzionale dei pazienti con schizofrenia. I differenti protocolli strutturati di rimedio cognitivo si distinguono in base alle modalità di applicazione ed in base agli approcci e modelli teorici cui si ispirano. I dati riportati nella letteratura scientifica internazionale evidenziano che le tecniche di rimedio cognitivo hanno importanti e durevoli ricadute positive non solo sul funzionamento cognitivo, ma anche sulle abilità sociali e

lavorative, migliorando prognosi ed esito del disturbo schizofrenico (Vita, 2013). Il *Cognitive Remediation Experts Workshop (CREW)*, tenutosi nell'aprile 2010 a Firenze, ha definito come le tecniche di rimedio cognitivo per la schizofrenia siano interventi basati su un *training* comportamentale che mirano a migliorare i processi cognitivi (attenzione, memoria, funzioni esecutive, *social cognition* e metacognizione) con l'obiettivo della persistenza e della generalizzazione degli effetti. Una recente meta-analisi afferma che gli effetti più significativi e marcati sul funzionamento sociale siano evidenziabili quando la terapia di rimedio cognitivo viene somministrata insieme ad altri programmi di riabilitazione psicosociale (Wykes et al., 2011). Le attuali modalità di somministrazione della riabilitazione cognitiva comprendono un insieme di interventi eterogenei, computerizzati e non, individuali o di gruppo, che utilizzano specifiche strategie e tecniche. Le più recenti strategie si basano sul modello di *recovery* piuttosto che su quello di deficit (Vita, 2013). Alcuni esempi dei principali protocolli strutturati di *training* cognitivo specifici per la schizofrenia sono: la Terapia Psicologica Integrata (IPT), la Terapia Neurocognitiva Integrata (INT), la Terapia di Rimedio Cognitivo (CRT), i programmi computerizzati di *training* cognitivo (ad es. Cogpack), la Cognitive Enhancement Therapy (CET), il Neuropsychological Educational Approach to Remediation (NEAR), il Neurocognitive Enhancement Therapy (NET), la Cognitive Adaptation Training (CAT), il Training Metacognitivo (MCT), gli interventi mirati al rimedio della *social cognition* (Barlati et al., 2013). Uno dei più interessanti e recenti metodi di rimedio cognitivo integrati è la Terapia Neurocognitiva Integrata (INT). La INT è un approccio terapeutico di gruppo basato sui sotto-programmi della IPT, ampliati e rivisti, fortemente orientato al recupero del paziente, con l'obiettivo di migliorarne la motivazione e l'autoconsapevolezza. La INT integra una serie di interventi finalizzati al miglioramento di specifici deficit cognitivi, tra cui la *social cognition*, indicati come centrali nella schizofrenia dal progetto NIMH-MATRICES (National Institute of Mental Health - Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia) (Roder e Müller, 2015). La INT è composto da quattro moduli, ognuno dei quali si focalizza su differenti domini cognitivi e sulla *social cognition*: il "modulo A" prende in considerazione la velocità di processazione, l'attenzione e la percezione delle emozioni, il "modulo B" l'apprendimento e la memoria verbali e visivi, la percezione sociale e la *Theory of Mind*, il "modulo C" il ragionamento, il *problem solving* e gli "schemi sociali", il "modulo D" la memoria di lavoro e l'attribuzione di significati. Müller et al. (2015) in uno studio randomizzato multicentrico, in cui sono stati arruolati 156 soggetti con diagnosi di schizofrenia, hanno mostrato una superiorità del metodo INT, rispetto a un trattamento riabilitativo abituale, su alcuni indici di *outcome* neurocognitivi, clinici e funzionali, con una persistenza dell'effetto a distanza di 9 mesi dal termine dell'intervento. I pazienti affetti da schizofrenia presentano differenti profili di *impairment* cognitivo e i diversi trattamenti di rimedio cognitivo influenzano presumibilmente questi profili in modo diverso, per ragioni che possono coinvolgere vari meccanismi neurofisiologici, neurocognitivi e comportamentali. I nuovi modelli teorici che si stanno sviluppando devono necessariamente tenere conto di questa complessità e la ricerca futura dovrà provare a fare luce su numerose questioni, che attualmente restano aperte e/o controverse, tra cui: gli effetti specifici o aspecifici del trattamento, gli elementi attivi del rimedio cognitivo, i mediatori e moderatori di efficacia, il ruolo della motivazione, della metacognizione e della *social cognition*, la persistenza e la generalizzazione dei miglioramenti (Deste et al., 2015). Sarà, inoltre, utile capire le caratteristiche demografiche, cliniche, cognitive e funzionali dei pazienti che possono trarre beneficio da un percorso di *training* cognitivo ed individuare eventuali predittori di risposta (Vita et al., 2013). Si dovranno, inoltre, precisare alcune modalità in merito alla somministrazione dell'intervento: implicazioni, tempi e durata, frequenza di partecipazione al programma, intensità delle sessioni di addestramento, tipologia delle strategie di istruzione da adottare. Tutte le informazioni acquisite andranno, poi, utilizzate per progettare trattamenti che uniscano efficacia, efficienza e personalizzazione, con favorevole rapporto costo-beneficio.

Bibliografia

Barlati S, Deste G, De Peri L, Ariu C, Vita A. Cognitive remediation in schizophrenia: current status and future perspectives. *Schizophr Res Treatment*. vol. 2013, Article ID 156084, 12 pages, 2013.

Deste G, Barlati S, Cacciani P, De Peri L, Poli R, Sacchetti E, Vita A. Persistence of effectiveness of cognitive remediation interventions in schizophrenia: a 1-year follow-up study. *Schizophr Res*. 2015; 161(2-3):403-6.

Müller DR, Schmidt SJ e Roder V. One-Year Randomized Controlled Trial and Follow-Up of Integrated Neurocognitive Therapy for Schizophrenia Outpatients. *Schizophr Bull*. 2015; 41(3):604-616.

Roder V e Müller, DR (Eds.) INT - Terapia Neurocognitiva Integrata nel trattamento della schizofrenia. Edizione italiana a cura di Antonio Vita e Margherita Comazzi. Milano, Springer-Verlag Italia 2015.

Vita A (a cura di). La riabilitazione cognitiva della schizofrenia. Milano, Springer-Verlag Italia 2013.

Vita A, Deste G, De Peri L, Barlati S, Poli R, Cesana BM, Sacchetti E. Predictors of cognitive and functional improvement and normalization after cognitive remediation in patients with schizophrenia. *Schizophr Res.* 2013; 150(1):51-7.

Wykes T, Huddy V, Cellard C, McGurk SR, Czobor P. A Meta-Analysis of Cognitive Remediation for Schizophrenia: Methodology and Effect Sizes. *Am J Psychiatry.* 2011; 168:472-85.

SEGNALAZIONI

Il Libro

INT - Terapia Neurocognitiva Integrata nel trattamento della schizofrenia

Volker Roder e Daniel R. Müller (*Edizione italiana a cura di Antonio Vita e Margherita Comazzi*)
Springer-Verlag Italia 2015

Dalla presentazione dell'edizione italiana del manuale "INT - Terapia Neurocognitiva Integrata nel trattamento della schizofrenia" del Prof. Antonio Vita: *"Sono trascorsi ormai 18 anni dalla data della prima traduzione e adattamento per l'Italia del testo IPT: intervento strutturato per la riabilitazione del paziente schizofrenico, che descriveva un metodo di trattamento riabilitativo integrato, cognitivo e psicosociale della schizofrenia, ormai definibile "storico", elaborato da Volker Roder e Hans Brenner dell'Università di Berna. Quel testo, e il metodo lì descritto, ha fatto scuola nell'implementazione di interventi riabilitativi strutturati nei Servizi psichiatrici del nostro Paese, ed è stato oggetto di numerosi percorsi formativi che hanno coinvolto molti operatori dei Servizi e giovani in formazione. Ora, lo stesso gruppo di Berna, diretto da Volker Roder, ha aggiornato e arricchito il precedente metodo, tenendo conto dei più recenti avanzamenti della ricerca e dell'esperienza clinica in tema di riabilitazione cognitiva delle psicosi, dando vita all'attuale metodo INT (Terapia Neurocognitiva Integrata), che presentiamo in questo volume, traduzione e adattamento per l'Italia del testo originale pubblicato in lingua tedesca in Svizzera e Germania lo scorso anno."* [...] *"Abbiamo ritenuto particolarmente interessante per il nostro Paese, nonché un "dovere" nei confronti dei tanti operatori e giovani interessati ad apprendere ed implementare metodi riabilitativi cognitivi a forte base scientifica, curare una traduzione del testo nella nostra lingua."* [...] *"Da questo nuovo volume potranno trarre vantaggio tutti gli operatori impegnati nel trattamento e nella riabilitazione dei pazienti affetti da schizofrenia, i ricercatori impegnati nella valutazione dell'efficacia degli interventi psicosociali nelle psicosi e dei fattori ad essa associati, gli studenti impegnati in percorsi di formazione universitaria o in percorsi di addestramento sul trattamento e la riabilitazione delle psicosi. L'augurio soprattutto è che il metodo descritto nel volume si riveli davvero efficace alle moltissime persone affette da disturbi schizofrenici, cui le tecniche di rimedio cognitivo sono primariamente dedicate."*

CONTATTI SirpLo

Per inviare comunicazioni via posta ordinaria:

CRA – PADIGLIONE 60 A.O. – Polo Universitario “Luigi Sacco”
via Giovanni Battista Grassi, 74 - 20157 Milano

Email: comunicazioni@SirpLombardia.it

Visitateci sul Web: <http://www.SirpLombardia.it/>

Facebook: <https://it-it.facebook.com/pages/SIRP-Lombardia/548188551881255>

Se volete cancellarvi dall’emailing list e non ricevere più la Newsletter SirpLo:
inviare richiesta a comunicazioni@SirpLombardia.it

ISCRIZIONI

Per associarsi è sufficiente compilare la scheda d’iscrizione e inviarla secondo una delle modalità indicate nella scheda stessa.

Dal 2015 la quota d’iscrizione è di: 35 euro per medici e 20 euro per non medici (riabilitatori, psicomotricisti, educatori, psicologi, e altre figure professionali).

L’iscrizione dà diritto alla partecipazione gratuita o a quota ridotta agli eventi SIRP-LO segnalati sul sito.

SCHEDA DI ISCRIZIONE ALLA SOCIETA' ITALIANA DI RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE

Il/La sottoscritto/a Cognome Nome

Nato/a a(.....) il

Professione Titolo di studio

Eventuali Specializzazioni

Residente a (.....) CAP

Via N°

Tel Fax cell

Email

Luogo di lavoro (specificare l'Istituzione)

Indirizzo: Città Via N° CAP

Tel Fax E mail

Breve curriculum professionale

.....

.....

.....

Soci SIRP presentatori (Firma leggibile)

..... (almeno 2)
chiede l'iscrizione come Socio Ordinario

Sezione Regionale di appartenenza

Estremi del versamento quota annuale *

Luogo Data Firma

“La informiamo che, ai sensi della L. 675/96, i suoi dati, forniti con la presente “Richiesta d'iscrizione”, faranno parte di un archivio, finalizzato alla gestione societaria e agli scopi statutari”.

FIRMA

Riservato al CD

approvato

non approvato

Il

Comunicazione spedita il

(Specificare : contanti, bonifico, a/c, altro)

Da inviare a:

Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale - Sezione Lombardia presso CRA PADIGLIONE 60,
Azienda Ospedaliera – Polo Universitario “Luigi Sacco”, via G.B. Grassi ,74 - 20157 Milano
o fax 02.39043149 all'attenzione Dott.ssa Caterina Viganò, oppure via email a
iscrizioni@SirpLombardia.it