



# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

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





# SOMMARIO

Anno XXXVII • n. 2 • luglio-dicembre

## PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia  
Organo della Sezione Regionale Lombarda  
della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

**Fondata da:**  
Alberto Giannelli

**Diretta da:**  
Giancarlo Cerveri (Lodi)

**Comitato di Direzione:**  
Massimo Clerici (Monza)  
Mauro Percudani (Milano Niguarda)

**Comitato Scientifico:**  
Carlo Fraticelli (Como)  
Giovanni Migliarese (Vigevano)  
Gianluigi Tomaselli (Triviglio)  
Mario Ballantini (Sondrio)  
Franco Spinogatti (Cremona)  
Gianmarco Giobbio (San Colombano)  
Luisa Arosio (Voghera)  
Carla Morganti (Milano Niguarda)  
Federico Durbano (Melzo)  
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)  
Camilla Callegari (Varese)  
Antonio Magnani (Mantova)  
Laura Novell (Bergamo)  
Pasquale Campajola (Gallarate)  
Giancarlo Belloni (Legnano)  
Marco Toscano (Garbagnate)  
Antonio Amatulli (Vimercate)  
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)  
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)  
Emi Bondi (Bergamo)  
Pierluigi Politi (Pavia)  
Emilio Sacchetti (Milano)  
Alberto Giannelli (Milano)  
Simone Vender (Varese)  
Antonio Vita (Brescia)  
Giuseppe Biffi (Milano)  
Massimo Rabboni (Bergamo)

**Segreteria di Direzione:**  
Silvia Paletta (ASST Lodi)  
Matteo Porcellana (ASST GOM Niguarda)  
Davide La Tegola (ASST Monza)

**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](mailto: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](mailto:info@psichiatriaoggi.it)  
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88  
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

### IN PRIMO PIANO

**4** La Depressione Maggiore nei Servizi di Salute Mentale: strategie di impegno per la salute dei cittadini  
di Cerveri G.

### SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

**11** Percorsi di cura e assistenza nei servizi territoriali: gruppo psicoeducazione evidence-based per giovani  
di Berto E., Marchetti M., Manzone M.L.

**18** La crisi della Salute Mentale con la crisi di tutto il SSN: quale destino?  
di Ceglie R.

**31** Utilizzo di Esketamina in CPS nel trattamento della Depressione Resistente: dati preliminari di efficacia  
di De Martino C., Porcellana M., Concetto M. O., Zapparoli A., Giori C., Lawretta G., Marangelli D., Nibali L. T., Raimondo F., Bassetti R., Percudani M.

**37** Tecniche di de-escalation nella prevenzione delle acuzie eteroaggressive: uno studio cross-sectional  
di Galli M., Marcelli S., Gatti C., Traini T., D'Angelo G.

**45** Prima di Basaglia: storia dell'organizzazione giuridica degli interventi psichiatrici di internamento  
di Novaro C.

**50** Sulle sfide di Franco Basaglia (e le nostre). Riflessioni a cent'anni dalla nascita  
di Peloso P. F.

**55** L'esperienza psichedelica. Fenomenologia e dinamica di uno stato di coscienza  
di Toscano M.

### CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

**66** CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M. SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE  
**Il Budget di Salute sostegno alla vita indipendente e all'inclusione sociale della persona con disagio mentale**  
di Moro Cesare G., De Paola T.

**74** CONTRIBUTO AITERP ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA E PSICOSOCIALE  
**"Non voglio pesce tutti i giorni voglio imparare a pescare". Il modello Spinazzola per i pazienti psichiatrici autori di reato**  
di Decorato G., Scagliarini V., Fioletti B.

### SEZIONE PSICHIATRIA NARRATIVA

**81** Gli psichiatri non sanno più ascoltare le storie.  
**Storia di un banale turno del lunedì mattina**  
di Grasso F.

IN COPERTINA: Fauno danzante, ca. 49-1 AC, Casa del Fauno, Pompei,  
Gary Todd from Xinzheng, China, Public domain, da Wikimedia Commons

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](http://www.psichiatriaoggi.it)

## La Depressione Maggiore nei Servizi di Salute Mentale: strategie di impegno per la salute dei cittadini

*Giancarlo Cerveri*

DIRETTORE PSICHIATRIA OGGI

---

Il tema posto dalla Sindrome Depressiva Maggiore è particolarmente rilevante in questa fase di ripensamento dell'organizzazione della Medicina Territoriale che, con l'istituzione in particolare delle "Case di Comunità", a giudizio di molti luoghi di screening e trattamento per le forme lievi e moderate del disturbo, potrebbero spostare equilibri consolidati e attese rispetto alla modalità con cui il Servizio Sanitario risponde a questo bisogno.

Per partire con questa riflessione è utile ridefinire i contorni del problema, parliamo di una condizione che nelle sue due forme più diffuse, Major Depression Disorder (MDD) e Persistent Depressive Disorder (PDD) rappresenta la terza condizione medica per anni spesi in disabilità. Un problema con un costo annuo stimato negli US che supera i 320 miliardi di euro all'anno con una tendenza in crescita. Altro dato rilevante è che, nonostante l'ampia possibilità di trattamenti efficaci a disposizione, circa 2/3 dei pazienti non risultano in un adeguato percorso di cura (Gremberg et al 2015; Olfson et al 2016).

La patologia ha una prevalenza annuale che, nelle diverse valutazioni epidemiologiche, si attesta intorno al 6%. Circa il 50% dei pazienti va incontro a remissione entro 6 mesi ed il 75% entro un anno. Il restante 25% sviluppa condizioni di disturbo cronico e altamente invalidante. Per tale motivo WHO stima che entro il 2030 possa diventare una delle cause più rilevanti di disabilità (Boschloo et al., 2014).

I temi di cornice per affrontare la questione potrebbero essere riassunti con lo schema seguente:

- Accessibilità
- Raccomandazioni per lo screening
- Appropriatezza del setting di trattamento e Scelta del Trattamento

### ACCESSIBILITÀ

L'accessibilità rappresenta la prima e fondamentale questione perché, se è vero che la patologia depressiva rappresenta un tema cruciale di sanità pubblica, è necessario capire come il Servizio Sanitario risponda al problema.

Se la maggior parte degli interventi per questa patologia sono di natura ambulatoriale, dovremmo poter osservare questa tipologia di utenti nei flussi informativi nazionali delle prestazioni sanitarie.

Per quanto riguarda i servizi di salute mentale, possiamo utilizzare i dati del Sistema Informativo Salute Mentale nella sua ultima pubblicazione presente sul sito del ministero della salute (SISM 2022) che riporta le attività svolte.

Dai dati risulta che le persone che nel corso di un anno (2022) ricevono almeno 1 prestazione dai servizi di salute mentale per Depressione Maggiore sono nell'ordine del 0,3%. A fronte di una prevalenza annuale del 6% della patologia si può concludere che solo un paziente su 20 si cura nei servizi preposti.

In sintesi, per ogni paziente che si cura nei luoghi preposti, dovremmo cercarne altri 19 altrove. Possiamo immaginare che quelli in cura nei servizi di salute mentale siano le forme più gravi e che per gli altri ci possano essere servizi diversi (Medicina generale? Ambulatori



*Il cortile del manicomio / Francisco Goya, 1794*

specialistici in qualche ospedale Universitario? Ambulatori specialistici privati in convenzione con SSN?) o, con buona approssimazione, che si curino tramite interventi privati (nella speranza che sia sempre mantenuto un elevato standard qualitativo).

Insomma, l'accessibilità alle cure, per la patologia depressiva, resta una tematica che meriterebbe, per la sua importanza, una rilevante riflessione per poter avere dati di maggiore qualità e approntare proposte organizzative efficaci.

## **RACCOMANDAZIONI PER LO SCREENING**

Lo screening per la Sindrome Depressiva Maggiore è un altro tema di grande complessità perché alcuni elementi tipici della malattia impongono specifiche scelte.

Per esempio, il fatto che una persona su 5 nella sua vita andrà incontro ad un episodio depressivo, che il 40% dei casi esordisca prima dei 20 anni e che il sesso femminile abbia un rischio doppio rispetto al sesso maschile, introduce l'esigenza di uno screening precoce nelle scuole superiori e nella formazione universitaria.

È di particolare rilevanza l'attenzione da porre alle popolazioni a rischio come soggetti esposti ad abuso o abbandono nell'età evolutiva, a violenza domestica, eventi di perdita, disoccupazione o malattia cronica nell'età adulta.

È necessario adottare modalità strutturate per riconoscere la sintomatologia soggettiva ed oggettiva del disturbo. È importante saper utilizzare un modello di

# IN PRIMO PIANO

valutazione che sappia collocare la persona all'interno di una time-line in cui si sviluppa il disturbo. Risulta infine indispensabile saper separare le dimensioni dell'espressione sintomatologica (modello ACE Activity, Cognition and Emotion) al fine di formulare un giudizio il più completo possibile sullo stato di salute/malattia del soggetto in screening.

Tale modello va poi applicato alle diverse fasi della vita dell'uomo e della donna cogliendone le specifiche caratteristiche espressive al fine di definire categorie di rischio e le possibilità di interventi che tengano conto di una lettura secondo un modello bio-psico-sociale capace di contemperare fattori di rischio, fattori protettivi e capacità di resilienza.

Il modello di riferimento per un'attività di screening adeguata prevede una valutazione dei fattori di rischio genetici e ambientali. I secondi declinati nelle diverse fasi della vita con cambiamenti osservabili attraverso un numero elevato di domini diversi (scuola, lavoro re-

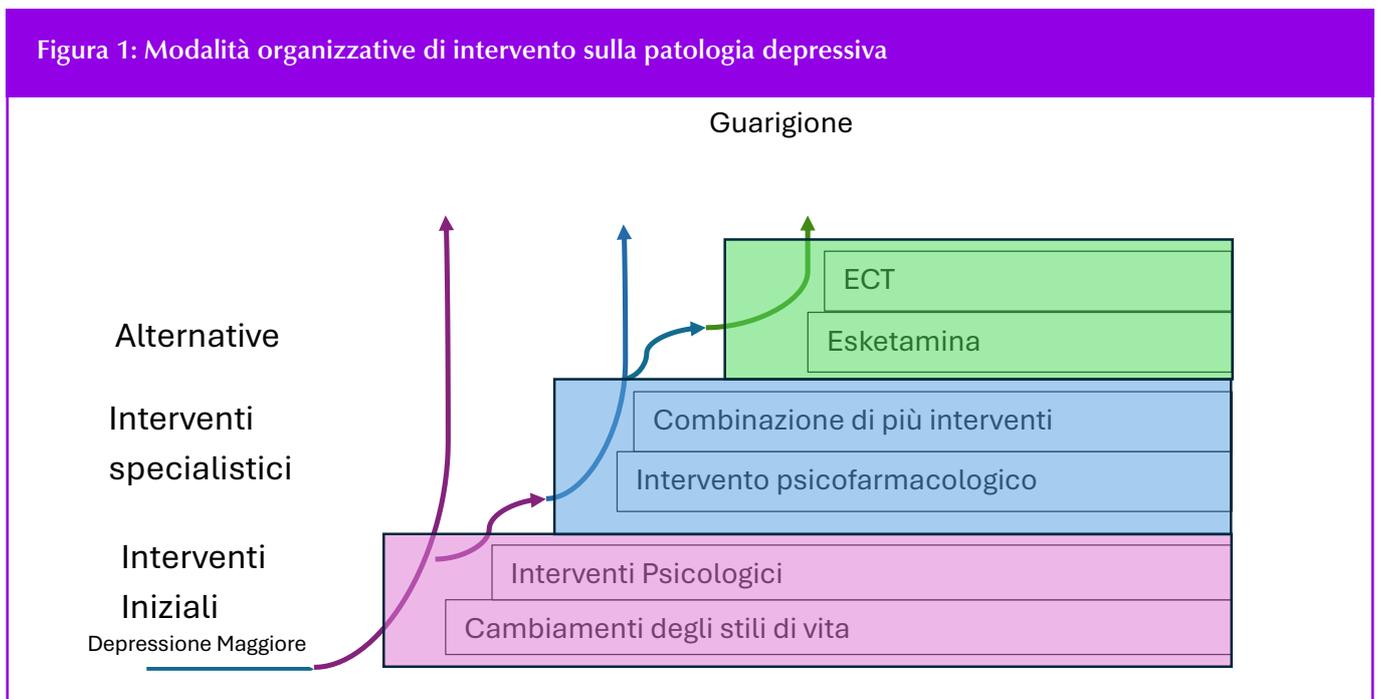
lazioni amicali affettive, malattie eventi di perdita etc). Tale modello costituisce una chiave di lettura efficace per caratterizzare livelli di rischio per esordio, persistenza e recidiva della patologia depressiva, tali da poter fornire indicazioni utili alla risposta clinica.

In sintesi lo screening per la patologia depressiva è un processo serio e ordinato che va organizzato secondo procedure rigorose che non possono essere improvvisate e disarticolate rispetto ad un sistema più organizzato capace di formare lo specialista incaricato di screening e di fornire un adeguato percorso al paziente secondo i bisogni individuati in questa fase.

## APPROPRIATEZZA DEL SETTING DI TRATTAMENTO E SCELTA DEL TRATTAMENTO

La risposta alla patologia depressiva prevede definizioni chiare relative ai setting di trattamento, alle modalità di erogazione delle cure e alla capacità di dosare la risposta

Figura 1: Modalità organizzative di intervento sulla patologia depressiva



Modificato da Mabli et al., *The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders: Major depression summary. Bipolar Disord.* 2020 Dec;22(8):788-804.

in funzione della gravità del quadro e dei fattori complicanti il decorso.

Per quanto riguarda il setting, come abbiamo già osservato, i servizi di salute mentale hanno una scarsissima capacità di intercettare soggetti affetti da Depressione Maggiore (SISM 2022), la cause risultano molteplici, alcune ascrivibili alla maggiore facilità di rivolgersi al Medico di Medicina Generale o a specialisti privati tramite conoscenze personali, altre motivazioni risiedono negli stessi servizi pubblici che presentano difficoltà di accessibilità per diverse motivazioni: orari di apertura non compatibili con il lavoro, pregiudizio legato agli utenti in carico (stigma), scarsa attitudine da parte del personale in servizio di occuparsi con la dovuta attenzione di una patologia ritenuta (erroneamente) meno disabilitante di quella osservabile in altri disturbi psichiatrici come Schizofrenia o Disturbo Bipolare.

In questo contesto si è aperto un ampio dibattito sul ruolo che potrebbe giocare la “Casa di Comunità”, luoghi di cura territoriali che dovrebbero vedere la presenza dei Medici di Medicina Generale, Pediatri di libera scelta e altri specialisti. In molte regioni sono stati finanziati programmi che prevedono l’attivazione della figura dello psicologo di comunità che, pur in modo poco definito dal punto di vista della declinazione giuridica, potrebbe svolgere un ruolo cruciale nel favorire l’intercettazione del bisogno ed una risposta iniziale alle forme più lievi con un indirizzo ai centri preposti per le forme più gravi.

Come descritto nella **figura 1** le indicazioni proposte da linee guida internazionali (Mahli et al., 2020) suggeriscono di adottare strategie diversificate finalizzate al raggiungimento della recovery.

Sono riconosciute 3 grandi categorie di interventi da indirizzare secondo strategie più o meno integrate ai pazienti in funzione dello stato clinico attuale e del rischio di progressione del disturbo.

## INTERVENTI DI PRIMO LIVELLO

Il primo gruppo di interventi è rivolto agli stili di vita, come igiene del sonno, dieta corretta, esercizio fisico regolare e modificazioni del consumo di alcol, e altre sostanze oltre alla sospensione del fumo di sigaretta.

Queste abitudini impattano negativamente sull’umore e possono interferire con i trattamenti psicofarmacologici. Va comunque tenuto presente che la sospensione dal fumo di sigaretta o dall’eccessivo consumo di alcolici risulta estremamente difficoltoso e potrebbe, durante una fase depressiva acuta, contribuire ad esacerbare, almeno transitoriamente i sintomi. In taluni casi specifici trattamenti volti alla sospensione di alcol, tabacco o sostanze stupefacenti potrebbero essere attivati quando un soggetto sia sufficientemente migliorato.

Sempre in questo primo gruppo di interventi vanno annoverati interventi di tipo psicoeducativo e di trattamento psicologico. In aggiunta a questo è importante considerare eventuali bisogni sociali dell’individuo e come questi impattano sulla sintomatologia depressiva.

Al fine di erogare con appropriatezza questo primo gruppo di risposte è di fondamentale importanza riconoscere la natura del disturbo, la sua storia e le modalità più adeguate di intervento. Ciò contribuisce all’ingaggio del paziente nel percorso di cura. È poi necessario definire un piano di risposta ampio ed efficace che consideri eziologia e patogenesi del disturbo, che riconosca specifici fattori biologici, psicologici, personali e sociali. È infine indispensabile, anche in questa fase, essere nelle condizioni di avviare interventi di urgenza a fronte di sintomi particolarmente critici e acuti (ideazione suicidaria, sospensione dell’alimentazione etc.).

Le terapie psicologiche nel Disturbo Depressivo risultano indicate e in taluni casi come prima scelta. Le forme Cognitivo Comportamentale (CBT) e la Terapia Interpersonale (IPT) sono quelle che forniscono dati di efficacia più consolidati. Sono entrambe manualizzate,

cosa che ne rende l'utilizzo più semplice. Resta rilevante la necessità, pur applicando questi approcci con flessibilità, di mantenersi aderenti al manuale per poter ottenere risultati comparabili agli studi di letteratura. Il mantra "flexibility within fidelity" esprime questo approccio organizzativo che, come descritto in una interessante review del 2013 (Lilienfeld et al., 2013), si scontra con la resistenza di molti psicologi ad una pratica clinica basata sulle evidenze.

## INTERVENTI DI SECONDO LIVELLO

Negli interventi di secondo livello cadono sia gli interventi psicofarmacologici che gli interventi integrati farmacologici e psicoterapici.

Una recente metanalisi ha stabilito non solo la maggiore efficacia di un approccio integrato tra queste due modalità di intervento ma anche che i due interventi mostrano effetti differenziati verso i sintomi specifici della depressione, lasciando supporre la possibilità di un effetto complementare (Boschloo et al., 2019).

L'intervento di secondo livello in associazione o meno all'intervento psicoterapico è di tipo psicofarmacologico. L'antidepressivo (Medication M) è scelto in funzione del profilo clinico dello stesso e della presentazione della patologia. Il primo antidepressivo va prescritto alla dose ritenuta ottimale e aumentato (Increased Dose ID) ove necessario. Se questa azione si mostra insufficiente nell'ottenere una remissione sintomatologica va considerata un'azione di aggiunta alla terapia di un altro farmaco di diversa classe, come per esempio il Litio (Augmentation A).

Se anche questo passaggio non porta ai risultati voluti (Remissione), si sostituisce l'antidepressivo (Switching S) con un altro, preferibilmente di altra classe. La decisione di sostituire l'antidepressivo è valida anche se le motivazioni sono legate alla scarsa tollerabilità dello stesso.

Questo ciclo fatto di Medication **M**, Increased Dose **ID**, Augmentation **A**, Switching **S**, noto con l'acronimo di ciclo **MIDAS** deve essere ripetuto per almeno tre volte prima di

considerare il soggetto resistente ai trattamenti proposti.

Rapporto efficacia/tollerabilità, profilo clinico o specifici effetti indesiderati sono i fattori che insieme a precedenti trial affrontati dal soggetto possono guidare verso una personalizzazione degli interventi.

## INTERVENTI DI TERZO LIVELLO

Quando il percorso MIDAS si dimostra insoddisfacente si può avviare il paziente ad ulteriori possibili interventi.

L'utilizzo dell'Esketamina si è rivelato un efficace strumento per le condizioni di resistenza al trattamento psicofarmacologico con, come descritto da una recente metanalisi (Calder et al., 2024), un NNT inferiore a 10 a 4 settimane dall'inizio della cura. Per tale motivo è considerato una valida opportunità per queste forme che riguardando circa il 25% dei soggetti affetti da Depressione Maggiore. Considerati i numeri di prevalenza annuale del disturbo (circa 6%) e considerando che circa 1/4 di questi ha una forma resistente, risulterebbe cruciale attrezzare tutti i Dipartimenti di Salute Mentale con servizi dedicati.

Infine, come trattamento di provata efficacia ed elettivo per le forme resistenti a tutti gli interventi proposti, sarebbe utile individuare centri di terzo livello che possano erogare, come da linee guida, la Terapia ElettroConvulsivante (TEC) in condizioni di sicurezza. Questo ultimo punto risulta particolarmente sfidante nel nostro paese per l'utilizzo controverso che ne è stato fatto nella pratica clinica manicomiale. Nel contesto di ricerca internazionale con sempre maggiore chiarezza si è rivelato uno strumento utile e sicuro per un numero di pazienti molto limitato ma che potrebbe beneficiare di tale intervento per migliorare la qualità di vita e in alcuni casi anche la quantità di vita (rischio suicidario).

## CONCLUSIONE

In sintesi, rispetto a quanto sopra descritto, è essenziale determinare nei servizi di salute mentale dei possibili paradigmi di risposta che possano prevedere una declinazione di interventi in funzione dei bisogni al fine di personalizzare una risposta clinica adeguata alla sfida della patologia depressiva.

Tali paradigmi possono prevedere diverse combinazioni per giungere alla remissione sintomatologica:

- Paradigma A Combinazione di cambiamenti degli stili di vita, supporto sociale e intervento psicoterapico (CBT) per il raggiungimento della remissione.
- Paradigma B Combinazione di Intervento Psicoterapico e SSRI per il raggiungimento della remissione.
- Paradigma C Azione sequenziale con prima SSRI, poi SNRI ed infine Antidepressivo Triciclico con aggiunta di Litio per raggiungere la remissione del quadro.
- ...

Questi sopra sono solo alcuni dei quadri, un servizio di Salute Mentale, anche suddiviso tra Dipartimento di Salute Mentale, Medicina generale e Case di Comunità, deve essere in grado di fornire percorsi personalizzati accessibili, in cui venga svolta un'azione di screening corretta e che personalizza la risposta di cura alla condizione clinica e alla storia di malattia del paziente.

---

## AFFERENZA DELL'AUTORE:

*Direttore Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze  
ASST Lodi*

## CORRISPONDENZE:

*[giancarlo.cerveri@asst-lodi.it](mailto:giancarlo.cerveri@asst-lodi.it)*

## BIBLIOGRAFIA

1. Boschloo et al., *The four-year course of major depressive disorder: the role of staging and risk factor determination*. *Psychother Psychosom*. 2014;83(5):279-
2. Boschloo L, Bekhuis E, Weitz ES, et al. *The symptom-specific efficacy of antidepressant medication vs. cognitive behavioral therapy in the treatment of depression: results from an individual patient data meta-analysis*. *World Psychiatry*. 2019;18(2):183-191
3. Calder CN, Kwan ATH, Teopiz KM, Wong S, Rosenblat JD, Mansur RB, Rhee TG, Ho R, Cao B, McIntyre RS. *Number needed to treat (NNT) for ketamine and esketamine in adults with treatment-resistant depression: A systematic review and meta-analysis*. *J Affect Disord*. 2024 Jul 1;356:753-762.
4. Greenberg et al. *The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010)*. *J Clin Psychiatry*. 2015;76:155-62.
5. Lilienfeld SO, Ritschel LA, Lynn SJ, Cautin RL, Lutzman RD. *Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies*. *Clinical Psychology Review*. 2013;33(7):883-900
6. Olfson et al., *Treatment of adult depression in the United States*. *JAMA Intern Med*. 2016;176:1482-91
7. SISM 2022 [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_publicazioni\\_3369\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_3369_allegato.pdf)
8. Malhi GS, Bell E, Singh AB, Bassett D, Berk M, Boyce P, Bryant R, Gitlin M, Hamilton A, Hazell P, Hopwood M, Lyndon B, McIntyre RS, Morris G, Mulder R, Porter R, Yatham LN, Young A, Murray G. *The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders: Major depression summary*. *Bipolar Disord*. 2020 Dec;22(8):788-804.

## 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