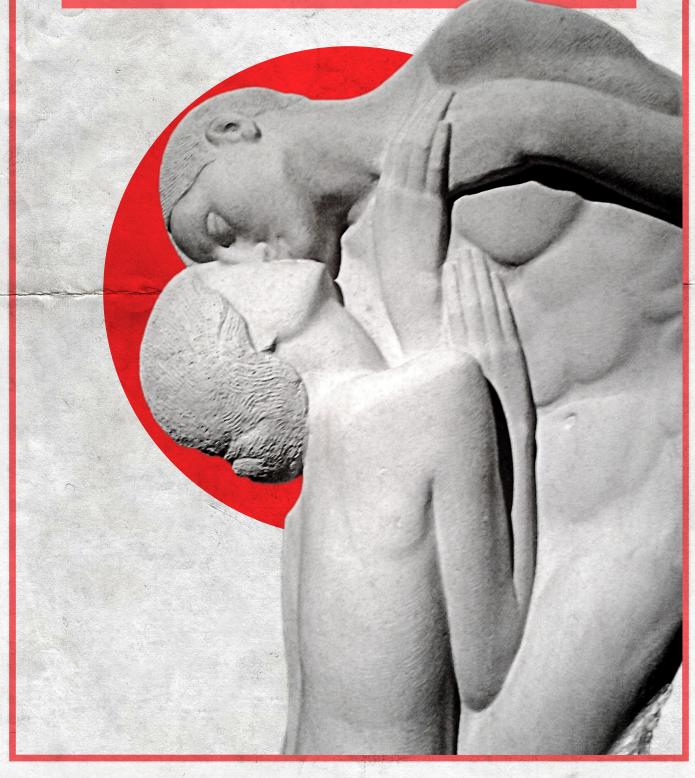


PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





Suicidio libero e responsabile: una scelta possibile? Uno sguardo alla letteratura nel tentativo

di trovare una risposta di Giannelli A

Il futuro della Psichiatria tra Markers Biologici e attività Clinica di Cerveri G.

SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

Attività 2015 in un DSM di Milano per la 16 fascia d'età 14–24 anni Prima analisi dei dati socio-demografici e clinico-organizzativi di De Isabella G., Galbiati C., Biffi G.

La valutazione degli esiti come pratica routinarwia nella residenzialità psichiatrica Risultati e prospettive di miglioramento continuo della qualità di Amatulli A., Giampieri E., Marinaccio P.M.

Da vicino nessuno è normale Dialogare a scuola sul pregiudizio e lo stigma

> di Tomaselli G., Gambara S., Naclerio R., Fenaroli S., Ballantini M., Biffi G., Cetti C., ClericiM., De Paoli G., Mencacci C., Percudani M., Rabboni M.

Il modello multifamiliare e la metafora

Identità sociale e costanza percettiva del sè nelle relazioni complesse, una prospettiva evolutiva e prognostica

di Borgogno F.V., Pismataro C.P.

Dipendenza da internet

Un'indagine sulle conoscenze, l'atteggiamento e i bisogni degli operatori sanitari nei CPS, nei SerT e nelle UONPLA della Città di Milano

di Viganò C., Truzoli R., Boroni C., Giovannelli P., Ba G.

I benefici relazionali della terapia assistita dall'animale in pazienti con schizophrenia paranoide Case report

> di Chianese S., Traber R., Primerano L., Restrepo M.

L'efficacia del ricovero nel SPDC del S. 63 Pertini di Roma Studio retrospettivo decennale nei pazienti dimessi dal 2003 al 2012 di Maci C., Franco F.

SPECIALE: AUTISMO NELL'ADULTO

I disturbi dello spettro autistico di Mencacci C.

L'autismo ad alto funzionamento e la sindrome di Asberger Comorbidità, misdiagnosi ed errori terapeutici di Migliarese G.

La sindrome di Asperger di Motta C.

La diagnosi di autismo in età precoce di Di Pasquale D.

108 I disturbi generalizzati dello sviluppo I cambiamenti apportati dal DSM-5 e la loro influenza sulla clinica di Rossi M., Pilan P., Ottolini A.

PSICHIATRIA FORENSE

Rischio sucidario e "rischio consentito" Il parere della corte di Mantovani R.

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

Suicidio libero e responsabile: una scelta possibile?

Uno sguardo alla letteratura nel tentativo di trovare una risposta

Alberto Giannelli

Tra libertà e responsabilità c'è un legame stretto che però prevede il divorzio. Non è detto, infatti, che chi è libero sia necessariamente responsabile e, viceversa, chi è responsabile sia necessariamente libero, da lacci interni o esterni che siano.

È giunta l'ora di andare. Ciascuno di noi va per la propria strada: io a morire, voi a vivere. Che cosa sia meglio, Iddio solo lo sa.

Platone, Apologia di Socrate

Qui non intendo parlare del suicidio o della condotta suicidaria solo in persone affette da malattie psichiche o fisiche, ma anche in persone a dir così normali, per le quali vale la presunzione che, almeno potenzialmente, siano o siano state libere e responsabili (il *Freitod* della psichiatria tedesca). Distinguere la depressione clinica dalla *Stimmung*, cioè dallo stato d'animo depressivo degli autori tedeschi e dallo *Spleen* di quelli di lingua inglese, rimane indispensabile.

Nel tentativo di rispondere a una domanda del genere - cui filosofia, teologia e psicologia non mi pare abbiano dato ancora una risposta- prendo lo spunto dall'insegnamento che ci viene dalla grande tragedia greca, da *Sofocle* in particolare, § che della famosa terna -Eschilo Sofocle Euripide- è stato il più grande, non solo sul piano drammaturgico, ma anche quale innovatore di come fare teatro. Faccio riferimento a *Antigone*, tragedia rappresentata verso il 442 a.C., connessa alla leggenda edipica: Creonte, re di Tebe, ha vietato, pena la morte, di dare sepoltura al cadavere di Polinice, colpevole di aver portato le armi contro la patria. Antigone, incurante

del divieto di Creonte e delle perplessità della sorella Ismene, ubbidisce alla suprema voce del cuore e rende gli onori funebri al fratello. A un certo punto della tragedia la fanciulla si rivolge alla sorella Ismene e le dice: *Tu hai scelto di vivere, io di morire / Fatti coraggio, vivi. Quanto a me,*

la mia anima è già morta. Sofocle pone il confronto tra una giustizia assoluta e una relativa. Un confronto che a duemilacinquecento anni si pone ancora ai nostri giorni. Come ha scritto Nadia Fusini in un suo bellissimo libro, L'Iliade, forse ancor più della Bibbia, è stata la passione di quello straordinario personaggio che risponde al nome di Simone Weil. Simone Weil, Rachel Bespaloff, Hannah Arendt, Etty Hillesum e Iréne Nemiroski § con il loro sguardo hanno illuminato le tenebre del novecento: coetanee o quasi, ebree, pensatrici e scrittrici prima che filosofe, non si conoscevano tra loro ma, senza saperlo, si incontravano condividendo ideali, passione civile e amore per la verità e per il mond o a quell'epoca attraversato dalla follia stalinista e nazional-socialista, curiose esegete del poema omerico e, in generale, dei tragici greci, stelle di prima grandezza che per le donne di oggi dovrebbero essere antenate indimenticabili. A due di loro, Etty e Irène, è toccata l'esperienza definitiva del lager. Altre due, Simone e Rachel hanno scelto la morte volontaria. Sono morte tutte (tranne Hannah) in giovane età. Simone Weil a 33 anni, nel 1943: minata dalla tisi e con

precedenti digiuni protratti per solidarietà verso i suoi compatrioti, si era imposta una dieta di fame per non sentirsi privilegiata rispetto a chi aveva il cibo razionato nella Francia martoriata. Ma fin da bambina si esercitava al sacrificio e rifiutava i privilegi della sua ricca classe borghese, più tardi è stata anticonformista, operaia alla Renault, combattente antifranchista, associando alla acutezza del suo pensiero e del suo insegnamento l'esperienza faticosa e travagliata del lavoro e della lotta. Sul finire della sua breve e intensa esistenza, il suo appare il tragitto suicidario di una mistica, anzi di un' asceta laica, aconfessionale: un tragitto da confrontare con quello di Teresa di Lisieux morta a poco più di vent'anni, ma fatta ben presto dottore della chiesa, un tragitto altrettanto inquieto, ma vissuto nella clausura, lontano dal mondo, nella speranza e nella fede. Condotte suicidarie libere

e responsabili, viene da pensare. Entrambe, queste vite, bruciate nell'amore per gli altri. Nell'interpretazione che dà dell'Iliade, e che uscirà da Gallimard molti anni dopo la sua morte inserita nel testo intitolato La rivelazione greca, Simone Weil intravede nel poema omerico, non senza contraddizioni e forse in relazione alla sua conversione, intuizioni precristiane.

Sulla scia di Simone Weil, quella di Antigone è la storia di un essere umano che da solo si contrappone alle leggi del proprio paese in nome di una giustizia superiore, assoluta, direi divina, che le impone di dare degna sepoltura al fratello morto, contravvenendo il divieto del tiranno Creonte (che, detto tra parentesi, era suo zio, in quanto fratello di sua madre, Giocasta). Ella antepone alla ragion di stato le leggi non scritte e incontrollabili della coscienza.



Jacques-Louis David, Morte di Socrate

§ E sa che così facendo andrà sicuramente incontro alla morte. Chiusa in una caverna murata morirà secondo alcuni affamata e asfissiata, secondo altri impiccata. Il suo suicidio è libero, e anche responsabile verso di sé: nella determinazione a togliersi la vita è autentica in quanto fedele a se stessa, a princìpi che non ammettono compromessi. *Ma è un suicidio responsabile anche nei confronti di terzi? Penso di no*: se, almeno in quella circo-stanza, si fosse piegata alla legge avrebbe risparmiato altre vite umane e non avrebbe acuito il potere tirannico del despota. Il tema proposto da Sofocle in questa tragedia, capolavoro assoluto al pari di *Edipo Re*, ha attraversato irrisolto la storia, da allora ai nostri giorni.

Sofocle aveva già, molti anni prima, affrontato il tema del suicidio in *Aiace Telamonio*, il più valoroso degli eroi greci dopo Achille, che si uccide gettandosi sulla spada conficcata nella sabbia quando si rende conto di avere sterminato poche ore prima una mandria di buoi anziché i greci colpevoli di avere dato a Ulisse, e non a lui, le armi di Achille. Ci sono brani di autentica poesia in questa splendida rappresentazione dell'orgoglio e della follia, come il brano in cui Aiace dà l'addio alla vita, non sopportando di essere coperto di ridicolo e di disprezzo. *Aiace l'eroe della vergogna, come Edipo quello della colpa*, viene da dire. Qui, in Aiace, il tragitto tra il progetto e il gesto definitivo è assai breve, anche se ha poco da spartire con i suicidi d'impeto.

Il suicidio non è un'opera d'arte, ma possono essere un'opera d'arte la rappresentazione figurativa o la scrittura che di esso si possono dare. Anche l'opera d'arte richiede un percorso, un tragitto che va dal momento in cui nasce l'intuizione creativa al compimento dell'opera, un tragitto che può durare anche molti anni. Il primo momento è quello dei disegni e degli schizzi sulla carta. Talvolta i disegni sono più importanti dell'opera finita, proprio perché corrispondono al nascere e allo svilupparsi

del progetto creativo (penso alla mostra sui disegni di Leonardo, di pochi mesi fa, a Milano). § Anche il suicidio richiede un momento o una serie di momenti che danno l'avvio all'intenzione di uscire volontariamente dalla vita. Intercettare i segmenti di quel tragitto, che può durare anch'esso degli anni, a volte permette di salvare una vita, sottraendola al richiamo inesorabile della morte e ravvivando il sentimento che, comunque, essa è degna di essere vissuta. Ma nella realtà le cose non stanno così, sono molto più complesse. Sappiamo, infatti, che qualunque cosa pensi, l'uomo finisce per farla.

§ Vi propongo il caso di Cesare Pavese, che in un pomeriggio di fine agosto del 1950, in una camera di un albergo situato davanti alla Stazione di Porta Nuova a Torino, si toglie la vita ingerendo con lucida determinazione uno dopo l'altro ben sedici tubetti di un sonnifero. Cinque anni prima, in una sua poesia scriveva: Sei la terra e la morte / la tua stagione è il buio e il silenzio... Poche settimane prima del gesto finale ha scritto, dedicandola a Constance Dowling, la sua poesia forse più conosciuta: Verrà la morte e avrà i tuoi occhi... trovata sulla scrivania del suo ufficio all'Einaudi di Torino. Di quel tragitto, cominciato chissà quanto tempo prima, forse già nelle prime stagioni dell'esistenza trascorse nelle sue langhe, questi versi sono segnali inequivocabili, celati, sul finire, dall'atmosfera falsamente gioiosa per aver vinto pochi mesi prima il Premio Strega con La bella estate. Del gesto finale che si realizza proprio in un momento della vita che sembra positivo, ce ne danno esempio anche il casi di Ellen West descritto e analizzato da Binswanger e quello di Antonia Pozzi, struggente poetessa del primo novecento, oggi giustamente portata alla ribalta dalla critica letteraria e dalla filmografia.

§ Poesie, lettere, fogli di diario, resoconti di un sogno, sono sempre *adressesd*, cioè indirizzati a qualcuno,

anche se magari nascosti nel cassetto di una scrivania. Provengono spesso dalla solitudine e sono un'apertura, un dialogo con un interlocutore che, seppure altrove, dalla sua lontananza è chiamato all'ascolto. L'altro, lontano, possiamo essere noi, psichiatri, psicoterapeuti, psicologi, ma quei messaggi non sempre ci arrivano o, se arrivati, non sempre li capiamo. Quando ne veniamo a conoscenza e li dotiamo di senso, è troppo tardi. Già Jaspers consigliava di far scrivere ai pazienti tutto quello che in una o più sedute non riescono a dire. Attraverso i loro scritti alcuni prefigurano o fanno intendere quello che sarà l'approdo finale della loro esistenza. Anche di fronte al minimo sospetto che chi ci sta davanti stia maturando tale progetto, dobbiamo mettere in atto tutti gli accorgimenti necessari a salvargli la vita. Il suicidio rappresenta talvolta anche la nostra sconfitta di terapeuti, non avendo colto nel corso della relazione quei segnali che ne denunciavano tutta la fragilità. Non avendo saputo o potuto ravvivare la speranza, cioè il sentimento che permette alla vita di esistere, che sospinge l'esistenza verso il futuro. Senza sberanza non c'è attesa, e senza attesa non c'è futuro.

Il suicida vuole uscire da quel contenitore che è la vita. Leopardi diceva "a me la vita è male", cioè la vita mi fa del male, una sorta di personificazione della vita. Molti pazienti quando parlano della vita in realtà parlano della madre, che, appunto, dà la vita. Di come hanno vissuto il loro rapporto con lei. Così, nei suoi simboli, la vita tende a essere confusa con la madre, da qui deriva l'importanza di tale rapporto e delle fantasie tramite le quali il paziente lo rivive. Ancora, lo stesso Leopardi dice che "nasce l'uomo a fatica ed è rischio di morte il nascimento". Ne abbiamo avuto testimonianza anche nella cronaca recente. C'è sempre stata, comunque, nella storia dell'umanità una lunga serie di madri morte per parto e di bambini morti durante il parto. Soggetti nati da parti assai travagliati potrebbero, almeno potenzialmente, sviluppare più tardi un sentimento ambivalente nei confronti della vita.

(A meno che, come nelle madri, anche in essi un'alta produzione di endorfine non provveda ad attenuare il dolore).

§ Sulla scia di Heidegger: siamo ospiti della vita, geworfen, addirittura gettati nella vita. Ma l'ospite, si sa, prima o dopo se ne deve andare. E se ne va sua sponte o quando gli si fa capire che è giunta l'ora di andare. Il problema, a ben vedere, non è quanto libera e responsabile possa essere l'uscita volontaria dalla vita, ma quanto quest'ultima -la vita-possa essere o essere stata inospitale. Se qualcuno se la toglie, devono esserci nella vita delle cose peggiori della morte. In casi come questi non si esita a fare il grande salto nel buio, come diceva Hobbes. A ben vedere, non ha torto Nabokov che immagina la vita come un breve spiraglio di luce tra due eternità fatte di tenebra, quella che precede la nascita e quella che segue la morte. Della prima non ci preoccupiamo, la seconda ci terrorizza, ci fa paura, genera angoscia. Eppure, nei suicidi liberi e responsabili o che noi riteniamo tali, qualcuno a quella luce preferisce la tenebra, il buio, quello definitivo. Qualche cosa di analogo aveva detto qualche secolo prima Montaigne. L'esperienza della morte si fa una volta sola. Per questo, alcuni soggetti suicidi non vogliono perdere nulla di quell'esperienza: ne assaporano tutti gli istanti, l'atto è prolungato, preparato nei minimi particolari, forse a lungo meditato. Rimanendo nell'ambito della letteratura, vengono alla mente anche i casi di Silvia Plath e di Virginia Woolf, tra tanti altri. La morte di Socrate, a sua volta, ricorda il dovere di rimanere responsabili di fronte alla vita che si sta per lasciare: ricordati, dice a Critone, di sacrificare, come promesso, il gallo a Esculapio (lo narra Platone nel *Fedone*).

A mio avviso, dunque, quello di quanto libero e responsabile possa essere un suicidio, è un falso problema: *il* problema vero è quanto inospitale possa essere o essere stata la vita, quella determinata vita. § Dobbiamo preoccuparci

dell'atto e del suo attore, rifuggendo da una valutazione etica, anche perché è difficile individuare a quale delle tre, anzi quattro tipologie di etica che oggi conosciamo fare riferimento. Soprattutto dobbiamo preoccuparci di che cosa facciamo o interrogarci su cosa avremmo potuto fare nella nostra veste di terapeuti per gettare la fune cui il naufrago potesse agganciarsi. Dobbiamo, insomma, farci carico di quella vita, fare della terapeia come la intendevano i greci. Il nostro mestiere è anche questo, occuparci della vita delle persone e non solo delle loro malattie: come sismografi, dovremmo stare attenti a ogni sussulto del loro vivere.

Certo, un suicidio può essere compreso sulla base degli eventi di cui la vita è costellata: può rappresentare il ricongiungimento fantasmatico con l'oggetto d'amore perduto o la liberazione da una situazione intollerabile (la fame, la guerra, la deprivazione della propria dignità, la disperazione della solitudine, la liberazione dal bullismo adolescenziale, e altre cose ancora) o può rappresentare la rivincita narcisistica dell'uomo che, non avendo deciso dove, quando e con quale colore della pelle nascere, si arroga il diritto di come e quando morire. Non per l'uno o l'altro di questi motivi, quella di togliersi la vita è una scelta libera e responsabile. È piuttosto una fuga dalla vita, una fuga liberatoria e deresponsabilizzante. Il nostro compito è quello di contribuire a rimuovere, là dove è possibile, quei fattori e quelle difficoltà che fanno inospitali quelle vite, quelle vite altrimenti perdute. I mezzi a nostra disposizione non sono molti. Sentiremo, in proposito, dal collega che segue, il prof. Amore, che cosa ci dicono le neuroscienze in proposito.

Comunque, tra i mezzi a nostra disposizione il più importante rimane l'ascolto, attento e ripetuto, anche per cogliere e fare leva su quegli elementi di ambiguità e di contraddizioni che non mancano mai nel tragitto suicidario. § Ma l'ascolto non si deve limitare a sentire,

ma deve andare oltre, *a sentire ciò che si sente*, vale a dire ascoltare le nostre emozioni. O, in altre parole, sentire ciò che si sente ascoltando l'altro, può servire a decifrare le sue intenzioni facendole nostre, per poi restituirgliele deprivate del fascino perverso dello scacco definitivo. Per dotarle, insomma, del sentimento della speranza.

§ Salvare una vita, anche una sola –dice un detto ebraico– è come salvare il mondo intero.

Ich will dass du seiest, scrive Heidegger a Hannah Arendt in una lettera del 1925 (riprendendo Agostino: Volo ut sis). Parole che ci fanno pensare sul nostro lavoro in questo specifico ambito.

Il futuro della Psichiatria tra Markers Biologici e attività Clinica

Giancarlo Cerveri MD PhD*

Nel corso degli ultimi anni si è discusso diffusamente in ambito scientifico della necessita di individuare marcatori biologici capaci di rendere la disciplina psichiatrica più affine alle altre discipline mediche, attribuendo dunque, alla possibilità di misurare un valore biologico qualsiasi, la capacità di far uscire la disciplina da un'area di indeterminatezza e consistenza teorica percepita come troppo fragile. Si è dunque ritenuto che il dato biologico fosse capace di fornire una concretezza e corporeità capace di cambiare la cornice di riferimento della nostra attività clinica. Tali attese sono state ripetutamente sollecitate da diversi ricercatori che, soprattutto nell'ambito delle neuroscienze, hanno contribuito ad affermare l'approssimarsi di una svolta. Svolta che avrebbe dovuto avvenire con la pubblicazione del Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders nella sua quinta edizione (DSM-5). Purtroppo questa aspettativa è rimasta delusa: il tentativo di definire valori biologici misurabili nei criteri diagnostici dei diversi disturbi psichiatrici è rimasto un progetto non ancora realizzato ed il DSM-5, pur apportando modifiche interessanti in diversi ambiti clinici, ha fallito nel tentativo di creare un punto di separazione tra un prima caratterizzato da una psichiatria osservabile ed interpretabile ad un poi indiscutibilmente misurabile.

Certo il tentativo non è nuovo, uno psichiatra e neuropatologo tedesco, tale Aloysius Alzheimer osservò placche e aggrovigliati neurofibrillari nei cervelli di 2 pazienti dementi in un'analisi post-mortem. Una dei due era la signora Auguste Deter la quale manifestò sintomi comportamentali bizzarri all'età di 51 anni, in concomitanza con perdita di memoria a breve termine. Morì quattro anni dopo all'età di 55 anni. In una comunicazione nel corso dello stesso anno il dottor Alzheimer presentò il caso come demenza presenile. Il marker biologico fu riscontrato e l'autore ipotizzò che esso fosse la causa dei sintomi comportamentali e cognitivi osservati......Correva l'anno 1906.

Da allora i tentativi di replicare tali successi nella correlazione tra sintomi psichici e correlati biologici si sono ripetuti ma con scarsa fortuna quando applicati alle più comuni patologie psichiatriche.

Negli ultimi 30 anni la letteratura scientifica ha subito in questo senso un'accelerazione formidabile. Emergono con grande chiarezza dati sempre più rilevanti relativamente alla dimensione biologica della patologia psichiatrica e la suggestione rimane quella di identificare uno o più biomarker definiti come una caratteristica misurabile che rifletta funzioni o disfunzioni biologiche, risposte ad interventi terapeutici o indicazioni del naturale decorso della patologia psichiatrica.

QUALE UTILIZZO DEI BIOMARKERS NELLA CLINICA E NELLA RICERCA? L'ESEMPIO DELLA PATOLOGIA AFFETTIVA

Risulta opportuno riportare alcuni dati che permettano di riflettere con maggiore chiarezza sullo stato dell'arte in materia. Recentemente, come molti colleghi, abbiamo sentito parlare sempre più spesso di valutazioni biologi-

che utili alla clinica psichiatrica e, con grande sorpresa, ci siamo sentiti improvvisamente a disagio come se fossimo stati, non solo superati dal progresso, ma anche che il tutto fosse avvenuto senza che noi ce ne accorgessimo. Abbiamo letto stupiti di una sentenza in cui il perito si era appellato ad una particolare variante genetica di un qualche recettore come elemento suggestivo di una diminuzione della capacità di volere dell'autore di un reato. Ebbene questi elementi, spesso rappresentati mediaticamente come conoscenze immediatamente disponibili al clinico, creano difficoltà nell'interagire con pazienti spesso decisamente più attenti di noi a queste novità. È dunque necessario effettuare una brevissima revisione dei dati di letteratura sull'argomento per sgombrare il campo a confusioni o illusioni.

Cominciamo con la diagnosi: ad oggi, nonostante una mole notevole di dati in letteratura, i markers provenienti dalle neuroscienze e/o dalla genetica non possono essere considerati uno strumento utile e validato per stabilire la presenza di una sindrome psichiatrica.

È invece possibile cominciare a valutare l'utilizzo di biomarkers allo scopo di personalizzare le terapie proposte. Nella patologia depressiva esistono diverse ricerche sull'argomento.

Approcci multimodali (neuroimaging, genetica, proteomica, metabolomica) sono stati utilizzati per esplorare potenziali biomarker predittori o mediatori della risposta antidepressiva rapida osservata con Ketamina o Scopolamina. L'obiettivo esplicitato dagli autori di tali ricerche, per utilizzare le loro parole è di "Improve pathophysiological understanding, personalize treatment selection, and expand our armamentarium of novel therapeutics." (6), sicuramente suggestivo ma ancora, ad oggi, difficilmente applicabile alla routinaria attività clinica.

In molte ricerche si è approfondita l'area degli indici infiammatori come markers per la patologia affettiva.

L'efficacia del trattamento della patologia depressiva (sia con interventi psicofarmacologici che con terapia elettroconvulsivante ECT) si è dimostrato associata in diverse indagini allo stress ossidativo e a specifici indici infiammatori. Dati estremamente suggestivi ma ancora una volta con magnitudo tali da renderli non utilizzabili nella pratica clinica. In molti studi la relazione tra variazione dei livelli di biomarker e cambiamenti dei sintomi depressivi non è risultata così intensa da permettere conclusioni su un loro utilizzo come indicatori di efficacia. La Proteina C-reattiva (CRP), per esempio, in uno studio prospettico è risultata associata ad un aumento di rischio di ospedalizzazione nella depressione. Alti livelli di CRP sono stati identificati come fattori di rischio indipendenti per l'esordio di patologia depressiva nel genere femminile. Livelli di CRP superiori a 3 mg/L risultano associati ad un rischio aumentato di 4 volte di ricorrenza di Depressione Maggiore negli uomini. In aggiunta una metanalisi di studi longitudinali ha osservato un'associazione tra livelli di CRP e rischio di sviluppare un primo episodio depressivo. Nei pazienti sofferenti di Depressione Maggiore sono stati riscontrati livelli significativamente elevati di tumor necrosis factor-α (TNF-α) e Interleuchina-6. In soggetti affetti da patologia depressiva elevati livelli di IL-1 e IL-6 si sono rivelati positivamente associati ad una maggiore presenza di sintomi depressivi (5). In sintesi dati estremamente interessanti che sottolineano in modo chiaro un ruolo patogenetico di meccansimi infiammatori nella Depressione Maggiore. Come utilizzare nella clinica questi dati non è ancora chiaro.

Di grande interesse sono risultati alcuni studi legati al ruolo dell'epigenetica, cioè tutta quell'area di ricerca che approfondisce il ruolo tra l'ambiente e le modificazioni che questo induce sulla codifica e la traduzione del DNA. Emerge infatti come dato consistente l'influenza che fattori ambientali capaci di produrre modificazioni

nel centro di comando del neurone tramite una diretta azione sui sistemi di traduzione del materiale genetico producendo una significativa modulazione nel funzionamento del sistema nervoso centrale, capace di condurre l'individuo ad un migliore adattamento o precipitando una condizione di patologia psichica. Su questo argomento la maggior parte delle ricerche si sono soffermate su due meccanismi principali: le alterazioni nella metilazione del DNA e le modificazioni nell'espressione del mRNA ritenendo che queste abbiano un ruolo essenziale nell'espressione o nel mantenimento della patologia depressiva. Anche in questo caso la mole di dati, di per sé notevole, non ha ancora permesso una sintesi utilizzabile nella nostra pratica clinica. In una review molto ben condotta e pubblicata nel 2014 gli autori (2) concludono quanto segue: "With further understanding, epigenetic modifications may serve as potential biomarkers to improve diagnosis and better understand the pathophysiology of MDD."

In sintesi ci siamo vicini ma non è ancora giunto il momento.

Dati analoghi sono stati osservati nel Disturbo Bipolare, per esempio in una recente metanalisi sull'argomento gli autori hanno osservato che il brain-derived neurotrophic factor (BDNF) risulta diminuito e i pro-inflammatory markers (PIMs) sono aumentati nel Disturbo Bipolare. Dati consistenti suggeriscono che questi indici subiscano variazioni in sincronia con le fasi depressive e maniacali e che possano cambiare nel corso del tempo ed in risposta ai trattamenti. Ma ancora una volta gli autori confermano la scarsa utilità dal punto di vista clinico di queste conoscenze giungendo a concludere che ulteriori studi risultano necessari per determinare se BDNF e PIMs possano essere considerati utili nel valutare il trattamento e la prevenzione di recidive nel Disturbo Bipolare (Golstein & Young 2013).

QUALE RICADUTA DI QUESTI DATI DI RICERCA SULLA CLINICA PSICHIATRICA?

La aree di ricerca sui markers biologici sono state numerose in questi anni. Nella patologia schizofrenica per esempio si sono molto concentrate sul concetto di endofenotipo. Un biomarker si qualifica come un endofenotipo se risulta ereditabile, correlato ad un carattere stabile del soggetto (trait-related) e associato alla patologia in esame. È apparso più utile dal punto di vista concettuale identificare gli endofenotipi non come biomarkers ma come fenotipi intermedi presenti in specifici individui che presentano un rischio incrementato di sviluppare schizofrenia (SZ), pur non essendone affetti e che presentano uno o più dei suoi biomarkers. Per esempio nelle famiglie con un membro affetto da SZ si osserva un aumento di prevalenza di tratti endofenotipici del disturbo. È evidente che tali conoscenze permetterebbero, se utilizzabili, di identificare la patologia prima dell'esordio "comportamentale" cioè in una fase in cui il Disturbo procede dal punto di vista patogenetico ma ancora non si manifesta con comportamenti o sintomi attivi. Ciò permetterebbe di avviare trattamenti in fase decisamente precoce, portando, auspicabilmente a vantaggi enormi in termini di esito. Più semplicemente tali markers potrebbero anche essere degli indicatori estremamente precisi di andamento permettendoci di evitare recidive tramite correzioni trattamentali molto precoci. Per fare un esempio da altre discipline, il monitoraggio dell'emoglobina glicata e della glicemia permette di monitorare l'andamento della malattia diabetica senza attendere per intervenire neuropatie periferiche, sofferenze renali, ischemie retiniche o altro ancora. Senza entrare nel dettaglio dei lavori proposti, compito che necessiterebbe di una amplissima trattazione, possiamo concludere che i risultati pur provenienti da ambiti diversi (neuroimaging, misurazioni di performance cognitive, studi genetici e markers laboratoristici) convergono nel definire delle dimensioni di danno nella patologia schizofrenica presenti

in modo variabile nei soggetti affetti da questa malattia ma presenti, pur con gradiente diverso anche in altre patologie. Sostanzialmente il deficit cognitivo, la sintomatologia negativa, quella positiva e quella affettiva sono espresse come una dimensione con ampie sovrapposizioni con il Ritardo Mentale, l'Autismo ed il Disturbo Bipolare. In modo non casuale questo corpo di conoscenze biologiche della patologia mentale, sempre più approfondito e specifico, ma sempre più sfuggente rispetto ad un immediata ricaduta clinica da utilizzare nello studio dello psichiatra, si è prodotto contestualmente all'osservazione che il peso della patologia mentale nella società contemporanea sembra assumere sempre maggiore rilevanza.

Lo studio Global Burden of Disease (GBD), utilizzando dati raccolti tra il 1990 e il 2013, conduce una sistematica analisi di prevalenza, incidenza, remissione, durata ed eccesso di mortalità per 289 cause di disabilità e 1160 sequele. I dati provengono da pubblicazioni scientifiche, registri, studi di coorte e altre survey Nel 2010 sono stati stimati 777 milioni di years lived with disability (YLDs) per tutte le condizioni patologiche esplorate. Dati in aumento del 33% rispetto ai 583 milioni osservati nel 1990. Le patologie più rilevanti per questa tipologia di problematica risultano i Disturbi Mentali e del Comportamento, il Diabete e le patologie endocrinologiche. Le maggiori cause di disabilità per singola patologia sono rimaste sostanzialmente invariate dal 1990 ad oggi: Low back pain, Depressione Maggiore, anemia da deficit di ferro, dolore cervicale, BPCO, Disturbi d'Ansia, Cefalea, Diabete e Esiti di Caduta. Come si osserva la patologia mentale è ampiamente rappresentata nelle cause di disabilità e oltretutto coinvolge una fascia di età particolarmente giovane rispetto al resto della medicina. In sintesi l'urgenza di proporre modelli di comprensione e di intervento definiti secondo ipotesi biologicamente affini al resto della medicina risulta una richiesta sempre più pressante.

NUOVI MODELLI DI LETTURA DEL FENOMENO.

Con sempre maggiore intensità è sentita la necessità di integrare i modelli clinici attualmente prevalenti con l'enorme quantità di dati della ricerca. È infatti ampiamente condiviso l'enorme vantaggio prodotto dai progressi della medicina nel corso degli ultimi 30/40 anni misurato in termini di aumento dell'aspettativa di vita e riduzione di mortalità per le singole patologie. Per fare un esempio, la morte per patologia cardiaca è aumentata stabilmente dal 1950 al 1968 in tutta l'area atlantica. Proiettando i dati di mortalità per tale patologia, assunta come stabile nel tempo, nel 2007 erano attesi 1,8 milioni di morti per evento cardiovascolare negli US.

In realtà la rapida progressione della ricerca su prevenzione e trattamento ha ridotto questo numero a circa ¼. In sintesi circa 1,1 milioni di persone nel 2007 hanno evitato una morte attesa per evento cardiovascolare grazie ai progressi della medicina. Tutto ciò è avvenuto in modo analogo per molte altre specialità mediche con la vistosa eccezione della psichiatria. In un interessante commento sulla rivista World Psychiatric, Bruce Cuthbert, acting director del National Istitute of Mental Health così discute dei mancati successi della disciplina psichiatrica:

"By contrast, mortality has not decreased for any mental illness, prevalence rates are similarly unchanged, there are no clinical tests for diagnosis, detection of disorders is delayed well beyond generally accepted onset of pathology, and there are no well-developed preventive interventions".

Ovviamento il commento è impietoso ma un commento si può fare da un altro punto di vista. Circa 100 anni fa esistevano nel mondo 3 grandi sistemi di ricovero e assistenza per persone con patologie non trattabili, i sanatori per la TBC, i lebbrosari per la Lebbra e i manicomi per la patologia mentale. Oggi i primi due sono

di fatto scomparsi. Per la patologia mentale è cambiato molto ma strutture di assistenza rimangono diffuse in quasi tutti i paesi.

A ciò si aggiunge che molti ricercatori hanno osservato come le attuali diagnosi in psichiatria, rappresentate dai sistemi classificativi in uso (ICD e DSM), presentano una scarsa validità interna e risulta spesso in contrasto con le evidenze provenienti da studi di genetica o di neuroscienze.

Risulta così molto complesso traslare i risultati della ricerca di base, condotta su modelli animali e umani in un sistematico costrutto esplicativo della patologia psichica e dei trattamenti proposti. Nonostante tali criticità i modelli classificativi attuali sono gli standard per chiedere grant di ricerca finalizzati ad identificare ipotesi eziopatogenetiche e di intervento, creando un circuito di alterazione conoscitiva capace di autoalimentarsi.

Ciò appare un condizionamento rilevante che rischia di inficiare l'utilità dei risultati raggiunti. In una recente pubblicazione un gruppo di ricercatori di Aziende Farmaceutiche hanno effettuato il seguente commento:

"On average, a marketed psychiatric drug is efficacious in approximately half of the patients who take it. One reason for this low response rate is the artificial grouping of heterogeneous syndromes with different pathophysiological mechanisms into one disorder [...] by increasing the mechanistic understanding of disease and matching the right treatments to the right patients, one could move from onesize-fits-all to targeted therapy and increase the benefit-risk ratio for patients." (7).

Dunque una sindrome raggrupperebbe persone con malattie diverse e solo alcune di queste risponderebbero al trattamento in studio. Stabilire chi può beneficiare del trattamento e chi no permetterebbe una terapia personalizzata.

Secondo diversi autori l'obiettivo non dovrebbe più

essere quello di identificare la cura della schizofrenia ma proporre modalità di intervento su soggetti che presentano uno specifico pattern biologico di danno e che presentano una sintomatologia ascrivibile, almeno in parte, a ciò che noi definiamo schizofrenia (o qualunque altra sindrome psichiatrica). Ovviamente un cambio di framework notevole. Per fare un esempio proveniente da altre discipline dovremmo pensare a un farmaco come l'Ivacastor: è stato approvato dalla Food and Drug Administration, è una molecola efficace nel trattare solo i pazienti con fibrosi cistica che hanno una specifica mutazione di uno specifico gene regolatore. Solo il 4% dei pazienti con fibrosi cistica hanno questa mutazione. Per loro il farmaco è altamente efficace correggendo l'azione della proteina malfunzionante, per tutti gli altri è del tutto inutile.

IL RESEARCH DOMAIN CRITERIA PROJECT: UN MODELLO DI INDAGINE INNOVATIVO?

Proprio per affrontare queste criticità il National Institute of Mental Health (NIMH) ha istituito il Research Domain Criteria (RDoC) project all'inizio del 2009. Codificato come sistema di classificazione per la ricerca, diverge marcatamente dai due maggiori sistemi di classificazione attualmente in uso (ICD/DSM) per diversi aspetti. Gli obiettivi proposti con questo nuovo sistema di indagine della patologia mentale sono rilevanti:

- Identificare i fondamentali componenti comportamentali sintomatologici presenti nei diversi disturbi psichiatrici.
- Determinarne il range completo di variazione dal normale al patologico
- Sviluppare misure valide e utili di tali fenomeni.
- Integrare tali risultati con i dati genetici, neurobiologici e clinici attualmente disponibili.

Le distinzioni tra RDoC e DSM/ICD possono essere

raccolte in 7 aspetti essenziali che raccolgono differenze sia concettuali che pratiche:

- 1. L'approccio incorpora forti aspetti di ricerca traslazionale. Rispetto ad un modello con definizioni dei disturbi basati sui sintomi e indirizzati ad una valutazione dei modelli fisiologici sottostanti RDoC utilizza le scienze di base, la genetica e altre aree delle neuroscienze come punto di partenza. Il disturbo viene inteso come condizione di alterazione del funzionamento fisiologico di un sistema.
- 2. RDoC prevede un esplicito approccio dimensionale alla psicopatologia, studia 'full range of variation, from normal to abnormal.' In alcuni casi solo una direzione della dimensione esplorata può rappresentare un elemento patologico (memoria). Spesso entrambi gli estremi risultano patologici, per esempio una totale assenza di paura con comportamenti aggressivi e all'opposto un eccesso che blocca qualsiasi comportamento di reward-seeking.
- 3. Necessità di sviluppare scale dotate di sufficiente sensitività sulla dimensione esplorata, capace di definirne una misura sia nei soggetti malati (utilizzo nella clinica) che nelle popolazione generale (utilizzo nella prevenzione).
- 4. Non verranno selezionati i soggetti sulla base di modelli nosografici tradizionali ma su dimensioni specifiche. Si valuteranno studi su working memory o su fear potentiated-startle come variabili indipendenti. Neuroimaging di specifiche aree cerebrali, valutazioni rilevanti sul funzionamento o associazioni a geni candidati saranno le variabili dipendenti.
- 5. Il sistema è inteso per produrre una struttura che dia peso uguale alle funzioni comportamentali e ai circuiti neuronali (e agli aspetti costitutivi cellulari e genetici) piuttosto che ad un modello primariamente comportamentale o di tipo neuroscentifico
- 6. Il progetto RDoC è pensato (nella fase iniziale in

- particolare) per concentrare la ricerca sui costrutti in cui ci siano solide evidenze che possano costruire una piattaforma per la prosecuzione del progetto.
- 7. Ogni cambiamento nei criteri dei sistemi DSM o ICD produce un rilevante effetto in termini di prevalenza, in possibili rimborsi assicurativi e coperture, in questioni giuridiche di responsabilità e nella regolazione della definizione di disabilità. Come classificazione sperimentale RDoC non ha e non deve avere nessun riscontro su questi aspetti.

(I)

Ovviamente si tratta di un progetto fortemente innovativo che ha suscitato numerosi entusiasmi ma anche aperte critiche. Queste si sono concentrate sostanzialmente su alcuni punti chiave. Il primo è quello dell'innovatività, già Kaepelin scriveva nel 1920 quanto fosse importante superare un sistema ordinativo della patologia psichiatrica per giungere ad un comprensione più soddisfacente della struttura essenziale delle singole condizioni patologiche. Insomma il desiderio di utilizzare un modello eziopatogenetico per la definizione della patologie psichiatriche è sempre esistito.

Secondo altri autori se il RDoC ha il presupposto di divenire un nuovo sistema diagnostico ha l'obbligo di provare a rispondere a due questioni ineludibili:

- Predire il decorso naturale del disturbo
- Predire il più appropriato trattamento al disturbo

Se questi sono gli scopi alcuni autori non vedono la sostanziale novità rispetto al sistema ICD/DSM già esistenti.

Altre criticità emergerebbero dall'assunto che una dimensione sintomatologica è biologicamente identica se osservata nei soggetti con schizofrenia, con altre diagnosi o nella popolazione generale. Per tale motivo è scopo del RDoC studiarne l'espressione nel range completo della sua presenza secondo una modalità puramente dimen-

sionale. Secondo diversi autori la malattia si caratterizza per la comparsa di un fenomeno autenticamente nuovo e sostanzialmente diverso da ciò che si può osservare nella popolazione generale, per esempio la sintomatologia negativa del soggetto con schizofrenia non appartiene alla stessa scala della pigrizia osservabile in alcuni adolescenti. I due fenomeni sarebbero biologicamente non correlati.

Ancora, molti ricercatori hanno osservato che il costrutto del RDoC manca di una corretta analisi della dimensione del tempo, aspetto fondamentale nel percorso diagnostico sia nella dimensione classificativa (DSM-5/ ICD 10) che nella pratica clinica che spesso costringe ad osservare quadri ossessivo-compulsivi trasformarsi nel tempo in quadri psicotici, quadri clinici diagnosticati come schizofrenici nelle prime fasi del disturbo vengono poi riconsiderato come Disturbo Bipolare. Infine secondo altri la relazione tra il costrutto del progetto RDoC e la realtà clinica resta ambiguo. Il paziente che entra nello studio dello psichiatra con il suo fenotipo e non con genotipo e biomarkers. È improbabile che dare un valore biologico alle sue difficoltà permetta di evitare la necessità di un approccio inizialmente fenomenologico e di proporre un inquadramento diagnostico basato su definizioni sindromiche a cui potranno poi seguire analisi di laboratorio che possano migliorare la specificità dei piani di trattamento. Per tale motivo autori suggeriscono che l'approccio categoriale e l'approccio dimensionale continueranno a coesistere come due facce della stessa medaglia ricordando il dualismo del paradigma ondaparticella della fisica.

CONCLUSIONI

Per concludere questa breve riflessione possiamo sottolineare alcuni aspetti.

Il primo riguarda sicuramente la progressione delle conoscenze biologiche in materia di psichiatria a cui abbiamo assistito e a cui stiamo continuando a partecipare ed assistere. È sconvolgente il cambio di sensibilità, di paradigma culturale con cui noi e i nostri colleghi affrontiamo questi aspetti.. La possibilità di riconoscere una corporeità alla patologia psichica sta portando al consolidamento di buone pratiche cliniche nei servizi, esami di laboratorio, indagini diagnostiche sul corpo e sul sistema nervoso centrale sono un patrimonio in via di completa acquisizione. La messe di conoscenze in merito alle ipotesi relative alla patogenesi delle malattia psichiatriche spinge con sempre maggiore forza alla necessità di aggiornarsi e di riabituarsi come disciplina a occuparci anche della fisicità della malattia. In qualche modo stiamo arrivando preparati ad una sfida di cambiamento che appare sempre più prossima nel nostro orizzonte professionale.

Il secondo aspetto è che, ad oggi, è mancata una ricaduta concreta nella realtà clinica di tutti i giorni di questi dati provenienti dalla ricerca, la capacità traslazionale di queste conoscenze è risultata inaccettabilmente modesta sia nella dimensione diagnostica che in quella terapeutica. Questo risultato è ancora più grave se si considerano i dati epidemiologici che con sempre maggiore chiarezza indicano l'emerga della salute mentale come elemento critico di salute pubblica in termini di disabilità e costi.

Dunque sono benvenuti nuovi approcci e modelli (come RDoC), essi sono una sfida che può costruire un ponte tra ricerca e clinica e dunque creare risultati realmente utili al clinico e dunque al paziente sofferente di patologie psichiatriche. Questo nuovo approccio dimensionale potrebbe fornire stimoli interessanti e utili per quanto diversi autori sottolineino come alla luce della sua complessità la patologia psichiatrica non sembra poter fare a meno di un approccio fenomenologico e categoriale. Di sicuro queste affascinanti e stimolanti sfide provenienti dal mondo della ricerca sull'area della patologia psichica rendono necessario che le competenze dello psichiatra siano essere sempre aggiornate per permettere un esercizio della clinica sempre più soddisfacente.

*ASST Fatebenefratelli Sacco Milano Riferimento mail: giancarlo.cerveri@gmail.com

Bibliografia

- Cuthbert B.N., The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience anc psychopathology. World Psychiatry 2014; 13:28-35
- Dalton V.S., Kolshus E., McLoughlin D.M., Epigenetics and depression: return of the repressed. J Affect Disord 2014; 155:1-12.
- 3. GBD 2013. Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional and national incidence, prevalence and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. The Lancet 2013 vol 386 n. 9995: 743-800.
- 4. Goldstein B.I., Young L.T., Toward clinically applicable biomarkers in bipolar disorders: focus on BDNF, inflammatory markers and endothelial function.

 Curr Psychiatry Rep 2013;15(425): 1-7.
- Lopresti A.L., Maker G.L., Drummund P.D., A review of peripheral biomarkers in major depression: the potential of inflammatory and oxidative stress biomarkers.
 Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry 2014; 48:102-11.
- 6. Niciu M.J., Mathews D.C., Nugent A.C., Ionescu D.F., Furey M.L., Richards E.M., et al. *Developing biomarkers in mood disorders research through the use of rapidly-acting antidepressants*. Depress Anxiety 2014; 31: 297–307.
- 7. Wong E.H.F., Yocca F., Smith M.A., Lee C-M., Challenges and opportunities for drug discovery in psychiatric disorders: the drug hunters' perspective. Int J Neuropsychopharm 2010, 13: 1269–1284.

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 la citazione dovrà essere riportata indicando tra parentesi il numero relativo al teso citato, ad esmpio (1).

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

Presidente:

Massimo Rabboni (Bergamo)

Presidente eletto:

Massimo Clerici (U. Mi Bicocca)

Segretario:

Mauro Percudani (Garbagnate, Mi)

Vice-Segretario:

Giancarlo Cerveri (Milano)

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli (Bergamo)

Consiglieri eletti:

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

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

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

Membri di diritto:

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

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli Simone Vender Antonio Vita Giuseppe Biffi