



# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

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





# SOMMARIO

Anno XXVI • n. 1 • gennaio-giugno

## IN PRIMO PIANO

### 2 Al vertice della SIP: Claudio Mencacci

di A. Giannelli

### 3 Lettera dal presidente della Società Italiana di Psichiatria

di C. Mencacci

### 5 Neuroetica e psichiatria

di A. Giannelli

## SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

### 12 Il polo ospedaliero della psichiatria nel modello di organizzazione per intensità di cura

di E. Bondi, S. Cesa, L. Chiappa, M. Rabboni

### 22 Depressione e disturbi cardiovascolari

di A. Bertani, C. Gala

### 27 L'unicità molecolare della Depressione Maggiore: considerazioni biologiche e implicazioni teoretiche

di M. Cocchi, L. Tonello, F. Gabrielli, A. Castaldo

### 35 L'esperienza dell'ambulatorio vademecum per l'ansia e la depressione: orientamenti per una medicina di comunità

di F. Colmegna, E. Biagi, E. Giampieri, U. Mazza, L. Zappa, A. Lax, F. Bartoli, M. Clerici

### 40 L'esito dei programmi di residenzialità leggera: uno studio preliminare in due DSM a Milano

di C. Di Lello, S. Taddei, A. Cataldi, E. Ronchi, P. Miragoli, G. Pozzi, C. Dudek, G. Biffi, P. Pismataro

### 46 Individuazione precoce del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) in soggetti a rischio: prospettive di prevenzione

di V. Venturi, G. Cerveri, G. Migliarese, M. Riva, I. Tedeschi, C. Mencacci

## NOTE DAI CONVEGNI

### 56 VI Convegno della F.I.A.P.

Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia

### 58 Disturbi affettivi tra ospedale e territorio: la sfida per una corretta risposta di cura

## SPAZIO APERTO

### 62 Il progetto del Policlinico di Milano per i disturbi psicopatologici derivanti dalla crisi in atto

Comunicato Stampa

## 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:

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](mailto:info@psichiatriaoggi.it).

### EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o DSM A. O. Ospedali Riuniti di Bergamo - Largo Barozzi, 1 - 24128 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 COPERTINA: Jeanne de Lorme de Lisle  
Joseph Chinard, 1802

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)

## L'esito dei programmi di residenzialità leggera: uno studio preliminare in due DSM a Milano

*Claudio Di Lello\**, *Sara Taddei\**,  
*Antonella Cataldi\**, *Esio Ronchi\**,  
*Paolo Miragoli\**, *Giovanni Pozzi\*\**,  
*Casimiro Dudek\*\*\**, *Giuseppe Biffi\**,  
*Pasquale Pismataro\*\*\*\**

### PREMESSA

Il presente lavoro è in parte la trascrizione di un contributo che gli autori hanno presentato al 46esimo Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria “Nutrire la mente: dalla prevenzione alla riabilitazione”, svoltosi a Milano dal 7 all'11 ottobre 2012, e in parte una sua ulteriore e più approfondita elaborazione.

### INTRODUZIONE

A un primo sguardo la Psichiatria contemporanea potrebbe apparire pericolosamente sbilanciata su un suo fianco biologistico e medicalizzato.

Numerose voci si sono levate in questi ultimi anni a richiamare quello spirito e quei valori che nell'ultimo mezzo secolo avevano salutato nella civiltà occidentale la nascita di una disciplina psichiatrica culturalmente innovativa, basata su una vasta gamma di saperi e centrata sulla comunità. Alcuni psichiatri lombardi (1), ad esempio, hanno recentemente segnalato il pericolo di involuzioni e arretramenti quali il ritorno alla centralità terapeutica del momento ospedaliero, l'eccessiva importanza attribuita ai trattamenti farmacologici rispetto a quelli psicosociali, preventivi e territoriali e la prevalenza di una logica aziendale su quella curativa.

Analogo allarme per la deriva organicista della Psichiatria è stato espresso da più parti anche in ambito internazionale.

Un vivace dibattito ha suscitato, tra gli altri, un saggio di Marcia Angell (2011), già editor-in-chief del *New England Journal of Medicine*, in cui viene stigmatizzata “la «frenesia» diagnostica, l'uso eccessivo dei farmaci [...] e i diffusi conflitti di interesse” dell'operare psichiatrico contemporaneo.

Vasta eco ha prodotto anche l'articolo di Bracken P., Thomas P. et al. (2012), in cui gli autori sottolineano come l'attenzione crescente rivolta alle neuroscienze abbia portato a trascurare altri elementi cardinali del trattamento dei disturbi psichici: “Vi è un generale consenso sul fatto che la chiusura dei grandi manicomi di era vittoriana [...] sia stata dovuta principalmente a imperativi economici e alla crescente consapevolezza degli effetti negativi dell'istituzionalizzazione piuttosto che, come spesso viene suggerito, all'introduzione di nuovi farmaci. Sono emersi altri cambiamenti positivi grazie allo sviluppo di sistemi di cura multidisciplinari e di psichiatria di comunità, e alla nascita del movimento degli utenti psichiatrici e al volontariato. Molti psichiatri hanno lavorato duramente per promuovere questi sviluppi, ma l'attenzione crescente sugli aspetti tecnologici e biomedici [può] far passare questo impegno in secondo piano”.

In questo panorama sembra muoversi controcorrente quel settore dell'assistenza psichiatrica che va sotto il nome di “Residenzialità Leggera” (R.L.), in Lombardia ufficialmente inaugurata con una delibera della Giunta Regionale del 2004, e resa operativa su tutto il territorio lombardo (eccezion fatta per alcune aree in cui erano già partite singole sperimentazioni) con la DGR VIII/7861 del 30/7/2008.

La normativa regionale, infatti, dispone che le Residenze Leggere siano inserite nel “normale contesto residenziale urbano” e conformate secondo i requisiti delle “civili abitazioni”.

Come a dire che già dalla cornice architettonica dell'intervento terapeutico, che di quest'ultimo ne è il contenitore,

---

il tradizionale modello di tipo sanitario della cura viene implicitamente sostituito da un modello di tipo familiare, più casalingo e informale.

Una Psichiatria “riabilitativa e non meramente abitativa” non può trascurare l’impatto di questo mutamento di prospettiva sulle due dimensioni della “quotidianità” e della “domesticità”, elementi fondamentali sui quali poggia la funzione trasformativa della residenzialità (13).

Con la Residenzialità Leggera i D.S.M. hanno oggi una preziosa opportunità per promuovere ancora più efficacemente quella Salute Mentale alla quale sono votati, e superare così i vincoli del paradigma scienziista che a tratti sembra avvilupparli.

## LO STUDIO

I DSM dell’A.O “San Carlo Borromeo” di Milano e dell’A.O. “San Paolo - Polo Universitario” di Milano, in collaborazione con 3 Cooperative sociali onlus a contratto, hanno attivato - a partire dall’anno 2009 - 7 appartamenti di Residenzialità Leggera, per un totale di 27 posti letto disponibili, nel contesto metropolitano periferico e in un importante comune confinante della zona sud-occidentale della città (Corsico).

Nei 3 anni presi in esame, in cui sono stati elaborati i dati relativi all’intervallo temporale compreso tra l’autunno 2009 e l’autunno 2012, sono stati accolti complessivamente 41 pazienti, di cui 36 provenienti da comunità a media o alta assistenza.

Di questi, 27 erano ancora ospitati negli appartamenti al termine del periodo considerato, mentre 14 avevano concluso il programma di residenzialità leggera, in 7 casi interrompendolo anzitempo rispetto alle aspettative del case manager (definiti come “drop out”).

10 dei dimessi (5 drop out) sono stati inviati in strutture a maggior protezione assistenziale, e 4 (2 drop out) sono tornati a vivere in una abitazione propria, da soli o con i familiari.

Allo scopo di evidenziare possibili correlazioni tra fattori clinico-sociali ed evoluzione dei programmi di Residenzialità Leggera si è proceduto a individuare eventuali fattori predittivi dei **drop out**, in relazione a parametri (diagnosi dei pazienti, loro provenienza precedente e condizione occupazionale) estratti dalle loro cartelle cliniche e dalle schede tecniche depositate presso le Cooperative.

Per valutare l’**esito** terapeutico-riabilitativo dei programmi di Residenzialità Leggera si è anche proceduto a un’analisi statistica delle valutazioni semestrali standardizzate (HoNOS, VGF) cui ogni ospite viene sottoposto di routine, allo scopo di verificare quantitativamente l’impressione clinica qualitativa di un sensibile miglioramento delle condizioni psicopatologiche e delle abilità domestiche, lavorative e relazionali dei pazienti.

## IL METODO

Si tratta di uno studio di esito, di tipo retrospettivo e naturalistico, con accenni di definizione di differenze numeriche significative utilizzando il T di Student o l’analisi del chi quadrato per valori percentuali.

Va subito detto che l’esiguità della casistica non consente di attribuire all’elaborazione statistica un valore più che meramente esplorativo e preliminare, e che nessuno dei parametri esaminati raggiunge una “p” dotata di sufficiente significatività.

Riteniamo tuttavia che la difficoltà di raggiungere l’ideale purezza degli studi controllati e randomizzati, meglio ancora se in forma di metanalisi, non debba scoraggiare dal condurre ricerche cliniche sul campo, descrittive ma più oggettivabili del case report aneddotico, capaci di accostarsi da vicino alla pratica quotidiana dei servizi più delle sperimentazioni accademiche del tipo “not my patient not my treatment” (11).

D’altronde, come altri saperi che scaturiscono dall’esperienza clinica (ad esempio la psicoanalisi), anche la psichiatria può essere considerata per molti aspetti una

moderna *techne*, almeno nell'accezione che gli antichi greci, e in particolare Aristotele, attribuivano al termine.

Nel suo significato di conoscenza finalizzata a uno scopo pratico, e fondata su un insieme di nozioni sufficientemente consolidate e attendibili, per quanto non oggettivamente verificabili, il sapere "tecnico" si distingueva infatti sia dalla *empeiria* (trad. it.: "esperienza"), il semplice fare basato sul cangiante riscontro dei sensi, sia dalla *episteme* (trad. it.: "scienza"), un sistema organizzato di conoscenze stabili e non direttamente orientato all'azione.

*"Come un Giano bifronte, la techne prevede sia un aspetto più legato all'abilità pratica, una sorta di saper fare" (technazein, Etica Nicomachea, 1140a, 111), sia una componente più squisitamente teorica, consistente nel "sapere come si generi ciò che può sia essere sia non essere e il cui principio è in chi produce e non nel prodotto" (Etica Nicomachea, 1140a, 111-113). "Ogni tentativo di separare questi due aspetti finirebbe col compromettere inevitabilmente la sua vera natura." (12).*

Ecco perché riteniamo che la statistica non debba essere l'unico criterio di conoscenza della nostra realtà, e che i dati da noi raccolti siano comunque meritevoli di riflessione e diffusione, e atti a fornire spunti interessanti per ulteriori elaborazioni.

## RISULTATI E COMMENTI

In generale, dei 41 pazienti presi in considerazione nello studio, 29 erano uomini e 12 donne, con età comprese tra i 24 e i 70 anni e età media di 39 anni.

La durata media di permanenza dei pazienti nelle Residenze Leggere è stata di 18 mesi.

La loro provenienza era per il 46% da CPA, per il 17% da CRA, per il 26% da strutture comunitarie residenziali private e solo per l'11% direttamente dall'abitazione.

La diagnosi ICDX nel 68% dei casi corrispondeva a un codice F2 (Schizofrenia e altri Disturbi Psicotici), nel 24% dei casi a un codice F6 (Disturbi di Personalità) e solo

per il 6% del totale a un codice F3 (Disturbi dell'umore).

In particolare, i **drop out** - definiti come interruzioni del programma di Residenzialità Leggera non clinicamente opportune e non concordate con il curante o con il referente del caso (case manager) - hanno evidenziato un legame rispettivamente con la diagnosi, con la provenienza e con la condizione occupazionale come illustrato nelle figure 1, 2 e 3.

In fig. 1 si può notare che il 18% del totale dei pazienti e il 57% dei drop out presentava una diagnosi F6 (Disturbi di Personalità), indicando una correlazione statisticamente significativa tra questa categoria diagnostica e il fallimento dei progetti terapeutico-riabilitativi attuati in Residenza Leggera.

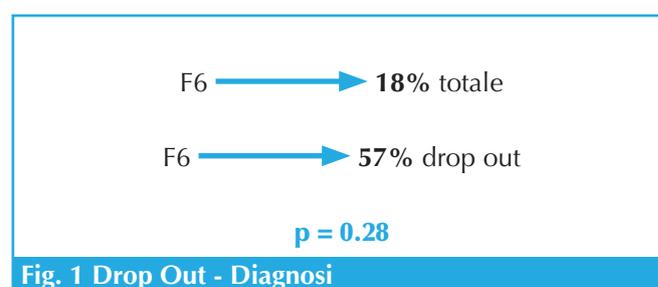


Fig. 1 Drop Out - Diagnosi

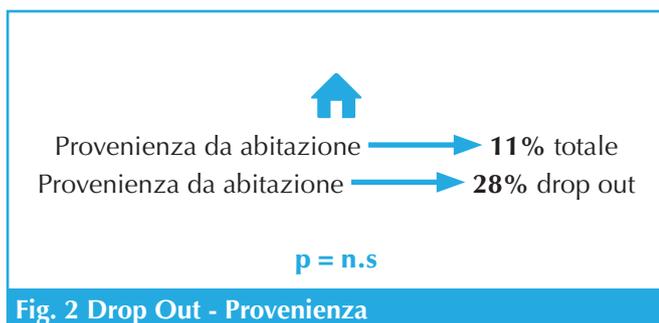
Questi risultati sembrano indicare, in altre parole, un maggior rischio di drop out dai programmi di Residenzialità Leggera per i pazienti con diagnosi di Disturbo di Personalità.

In attesa di ulteriori conferme e approfondimenti del dato, si potrebbe avanzare l'ipotesi che questo insieme psicopatologico sia caratterizzato da un'organizzazione psichica che non trova idonea collocazione nella cornice della Residenzialità Leggera.

Tra gli elementi da considerare si possono citare la tendenza all'agito comportamentale e la vulnerabilità "abbandonica", che in condizioni di limitata presenza di operatori, come nelle Residenze Leggere, potrebbero risultare problematici.

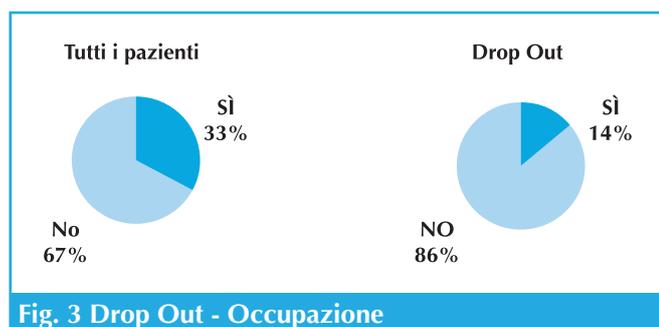
La fig. 2 illustra il riscontro evidente, per quanto privo di significatività statistica, di una probabilità di drop out quasi tripla per i pazienti che entrano in una Residenza

Leggera senza essere transitati prima da una struttura residenziale comunitaria.



Una delle possibili considerazioni che si possono avanzare in proposito è che il distacco dal contesto abitativo, in cui spesso i nostri pazienti hanno convissuto a lungo (in molti casi per una vita intera!) con uno o più familiari, equivale a una vera e propria perdita, verosimilmente richiede un iniziale supporto all'elaborazione del lutto che le strutture a media o alta assistenza forniscono per la loro stessa strutturazione in modo più intensivo (per quanto meno personalizzato) di una Residenza Leggera.

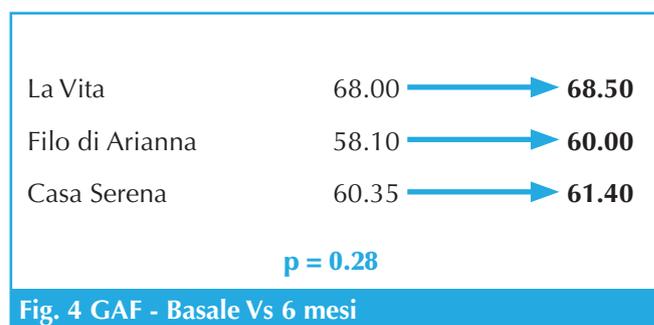
Nel computo di fig. 3 si nota che il 33% dell'insieme dei pazienti delle R.L. aveva al momento della conclusione dello studio una qualche forma di occupazione, ma che tra i "droppati" i lavoratori ammontavano solo al 14%.



Pur nella difficoltà di trarre anche qui conclusioni più generali e oggettivamente validate, si potrebbe ad esempio ipotizzare che un ruolo occupazionale fornisca ai pazienti un "contenimento" (7, per il significato estensivo e poli-semico del termine) che potenzia e integra quello fornito dalla Residenzialità Leggera, e che dunque sia essenziale prevedere sempre una stretta sinergia tra questa e l'ambito lavorativo inteso come fondamentale snodo della rete sociale naturale.

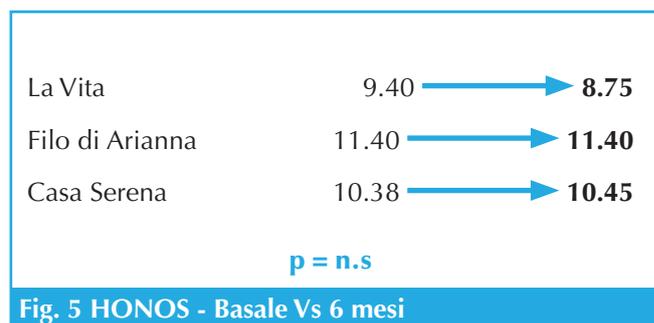
L'esito dei programmi di Residenzialità Leggera, è stato valutato confrontando al tempo zero e dopo 6 mesi (pur-troppo non erano disponibili numeri sufficienti per intervalli più lunghi) le rilevazioni della GAF e della HoNOS effettuate dalla "Cooperativa La Vita" (A.O. "San Carlo Borromeo"), dalla "Cooperativa Filo di Arianna" (A.O. "San Carlo Borromeo"), e dall'"Associazione Sviluppo e Promozione" (A.O. "San Paolo - Polo Universitario"), .

La fig. 4 dimostra con discreta attendibilità, pur con un certo residuo grado di alea, che nelle Residenze Leggere già nei primi sei mesi tende a manifestarsi un miglioramento della GAF, che misura le capacità psicosociali e lavorative del soggetto su un ipotetico continuum che va dalla salute mentale (100) al disturbo psichico gravissimo con rischio di morte (1), indipendentemente dalla patologia psichiatrica.



In altre parole, l'insieme degli ospiti delle realtà abitative considerate è andato incontro nel tempo a un miglioramento del funzionamento globale abbastanza significativo.

I dati contraddittori e non dirimenti della HoNOS riportata in fig. 5, invece, potrebbero essere attribuiti anzitutto alla brevità del periodo intercorrente tra le due rilevazioni (6 mesi), troppo ristretto per poter intercettare con sufficiente sensibilità cambiamenti stabili e significativi.



Inoltre è verosimile che nei primi mesi possa gravare sul quadro psicopatologico degli ospiti, contrastandone i progressi clinici, un fenomeno definito da Correale (2001) “microdepressione preliminare”, intendendo con ciò quella condizione di disagio, di inerzia e di smarrimento progettuale, per quanto contingente e passeggera, che può verificarsi in un paziente durante la fase di inserimento in una struttura residenziale, e che già alcuni di noi hanno messo in rilievo in un precedente contributo: “anche l’ingresso in un appartamento di Residenzialità Leggera nei primi tempi può produrre una simile situazione, in quanto rappresenta anch’esso un cambiamento, ovvero un lutto, in cui il paziente, che proviene quasi sempre da un ambiente comunitario ad intensa presenza di figure professionali e di attività riabilitative, si ritrova di colpo in un contesto in cui a fronte di una maggiore libertà di movimento e di autodeterminazione, vi sono anche più spazi e tempi vuoti” (Di Lello C., Cataldi A. et al, 2011).

## CONCLUSIONE

Lo studio qui presentato, come si è già detto, fornisce una valutazione del tutto preliminare e parziale dell’esito terapeutico-riabilitativo dei programmi di Residenzialità Leggera. Ciononostante alcuni dati statistici sembrano fornire un’iniziale conferma di quanto soggettivamente percepito da numerosi operatori impegnati quotidianamente in questo nuovo e promettente ambito della residenzialità psichiatrica, e cioè che nei diversi casi presi singolarmente si osserva spesso una “recovery” - per usare un termine di moda - soddisfacente, e talora addirittura superiore alle più rosee aspettative di partenza.

Tali conclusioni, peraltro, sembrano in linea con quanto già da tempo affermato dalla psichiatria sociale, e cioè che salute mentale non significa tanto utopistica autonomia o tecnicizzate competenze quanto piuttosto “cittadinanza” e “partecipazione” (14), o che le variabili sociali e situazionali sono verosimilmente più influenti per l’esito del processo

riabilitativo di quelle diagnostiche, psicopatologiche (3) e per alcuni autori anche psicofarmacologiche, o ancora che la realizzazione pratica e l’orientamento teorico dei progetti terapeutici possono essere meno importanti del contesto ambientale in cui questi si articolano (10).

Un ruolo di primo piano nell’efficacia dei programmi di Residenzialità Leggera appare riconducibile alla funzione delle cooperative sociali e delle associazioni onlus, che molto spesso - come nel nostro caso - hanno in appalto la loro gestione.

Storicamente i soggetti del cosiddetto “privato sociale” si ispirano ad “alcuni principi che ne informano la struttura interna: in particolare, la solidarietà e la mutualità tra i soci, la democrazia interna con l’assemblea in cui ogni socio ha diritto a un voto, [...] la finalità specifica di favorire la promozione ed il benessere dei cittadini svantaggiati, collaborando con le amministrazioni pubbliche per la realizzazione e la gestione di servizi alla persona” (6) e, si potrebbe aggiungere, il forte radicamento nella rete sociale naturale del territorio.

Per quanto non scevra da rischi di incompatibilità tra culture organizzative spesso molto distanti tra loro (8), l’integrazione tra i servizi di Salute Mentale e i soggetti del cosiddetto terzo settore consente di avvalersi dunque della collaborazione di attori dotati di una struttura organizzativa aggiornata rispetto a quella del classico servizio pubblico così come si è costituito in Italia negli ultimi decenni.

In questa situazione diviene particolarmente necessario riconoscere e attivare le risorse nascoste dentro e fuori i Servizi e favorire la moltiplicazione degli scambi sociali.

L’espressione “Residenzialità Leggera”, d’altronde, evoca essa stessa una forma moderna, agile, rapida, snella, essenziale, aerea della cura psichiatrica.

Qualità opposte alla pesantezza, alla corposità, alla “presa in carico”, all’“alta protezione”, alla lentezza infinita di una psichiatria post-manicomiale che rischia di non tenere il passo con i tempi.

Come nell’operare quotidiano dei servizi oggi è forse divenuto necessario fare più spazio a una certa dose di

“superficialità” (8), così forse anche la “leggerezza”, altra fondamentale cifra del nostro Zeitgeist (spirito del tempo), può venirci in aiuto nella sintonizzazione con i mutati bisogni della comunità.

Non per nulla Italo Calvino ha intitolato la prima delle sue sei Lezioni Americane, dedicate ognuna a una qualità cardinale della modernità, alla Leggerezza: “È vero che il software non potrebbe esercitare i poteri della sua leggerezza se non mediante la pesantezza dell’hardware; ma è il software che comanda [...]. La seconda rivoluzione industriale non si presenta come la prima con immagini schiacciati quali presse di laminatoi o colate d’acciaio, ma come bits d’un flusso d’informazione che corre sui circuiti sotto forma d’impulsi elettronici. Le macchine di ferro ci sono sempre, ma obbediscono a bits senza peso” (5).

Nelle Residenze Leggere il carico economico ed emotivo della sofferenza psichica, che spesso si trova a gravare su servizi psichiatrici a loro volta appesantiti, viene alleggerito dall’organica integrazione delle piccole unità abitative che le costituiscono nel tessuto sociale locale.

In queste innovative strutture residenziali, infatti, la natura “indigena” dei soggetti del terzo settore a cui ne è affidata la gestione, il radicamento territoriale che li caratterizza e la loro conseguente capacità di incentivare comportamenti solidali nella cittadinanza consentono di alleviare il peso del dolore mentale dei pazienti, parzialmente demoltiplicandolo e ripartendolo a piccole dosi sui diversi punti nodali della comunità (vicinato, associazioni, parrocchie, negozi, bar, biblioteche, centri sportivi, supermercati e altri ancora), ognuno dei quali se ne accolla una quota tollerabile, elaborabile e spesso addirittura arricchente.

\*DSM - AO “San Carlo Borromeo”, Milano

\*\*Cooperativa “La Vita”, Milano

\*\*\*Cooperativa “Filo di Arianna”, Milano

\*\*\*\*DSM - AO “San Paolo”-Polo Universitario, Milano

## BIBLIOGRAFIA

1. Agnetti G., Amatulli A., Barbato A., Borghetti S., Erlicher A., Frova M., Legnani G., Mazza U., Pismataro P., Pittini G., Re E., Stuflesser M., Varrani E., *Lettera aperta sulla salute mentale in Lombardia*, Animazione Sociale, 6/7, 2009
2. Angell M., *The epidemic of mental illness: Why? The illusion of psychiatry*, The New York Review of Books, 58, 11-12, 2011
3. Ardigò W. e De Girolamo G., *Note introduttive sulla riabilitazione in psichiatria*, Psicoterapia e scienze umane, XXI, 4, 1987
4. Bracken P., Thomas P., Timimi S. et al., *Psychiatry beyond the current paradigm*, The British Journal of Psychiatry, 201, 6, 2012
5. Calvino I., *Lezioni americane. Sei proposte per il prossimo millennio*, Mondadori, Milano, 1993
6. Corona D., *La Cooperativa Sociale: strumento di congiunzione tra pubblico e privato*, In Vigorelli M. (a cura di), *Il lavoro della cura nelle istituzioni*. Franco angeli, Milano, 2005
7. Correale A., *Il gruppo in psichiatria*, Borla, Roma, 2001
8. Di Lello C., Cataldi A., Meneguzzi E., Orrù S., Pozzi G., Biffi G., *L’integrazione possibile delle culture aziendali dei DSM e delle Cooperative Sociali nei programmi di Residenzialità Leggera*, Psichiatria di Comunità, X, 1, 2011
9. Di Lello C., *Contemporaneità, superficialità e istituzioni psichiatriche. Koinos – Gruppo e Funzione Analitica*, Nuova serie, I, 1 (in stampa), 2013
10. Harkness J., Newman S., Salkever D., *The Cost-Effectiveness of Independent Housing for the Chronically Mentally Ill: Do Housing and Neighborhood Features Matter*, Health Services Research, XXIX, 5, 2004
11. Keller M., Lavori P., *The adequacy of treating depression. The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 8, 1988
12. Piazza F., *Più che una lontana analogia. Psicoanalisi, techne e retorica greca*. Rivista di Psicoanalisi, LVI, 1, 2010
13. Rabboni M., *Modelli di residenzialità*, Errepiesse III, 3, 2009
14. Saraceno B., *La fine dell’intrattenimento*, Etaslibri RCS Medicina, Milano, 1995

## 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
- Nome e Cognome di tutti gli autori
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Testo della ricerca
- 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. 34: 12-19, 1986. Nel testo la citazione dovrà essere riportata come segue (1).

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 Lombarda  
della Società Italiana di Psichiatria

#### Presidenti:

Massimo Rabboni (*Bergamo*)  
Massimo Clerici (*Monza*)

#### Segretario:

Mauro Percudani  
(*Garbagnate Milanese, MI*)

#### Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli (*Treviglio, BG*)

#### Membri di diritto:

Giorgio Cerati (*Legnano*)  
Emilio Sacchetti (*Brescia*)  
Silvio Scarone (*Milano*)  
Gian Carlo Cerveri (*Milano*)

#### Presidenti Sezioni Speciali:

Arcadio Erlicher (*Milano*)

#### Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli, (*Milano*)  
Simone Vender (*Varese*)  
Antonio Vita (*Brescia*)  
Giuseppe Biffi (*Milano*)

#### Consiglieri Eletti:

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*)