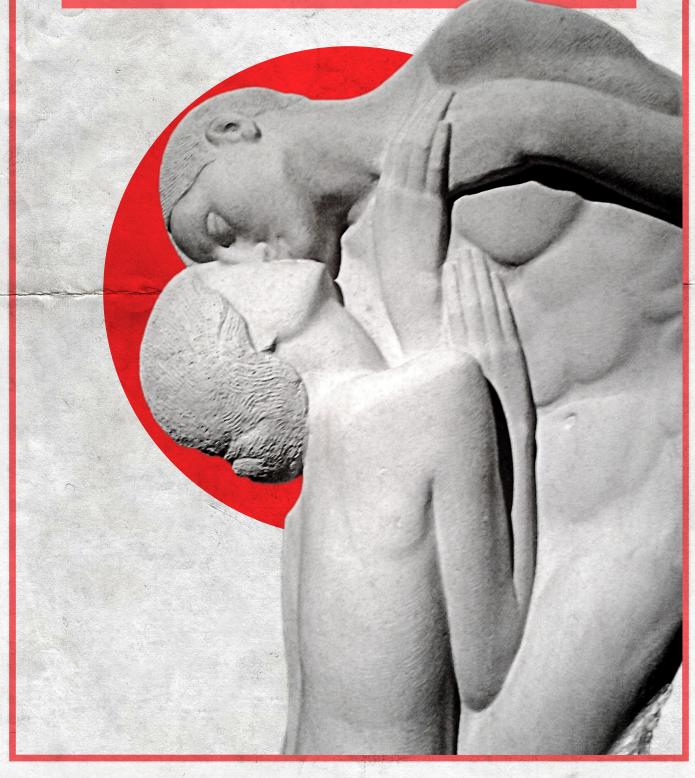


PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





IN PRIMO PIANO

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

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

Attività 2015 in un DSM di Milano per la fascia d'età 14–24 anni

Prima analisi dei dati socio-demografici e clinico-organizzativi

Giorgio De Isabella ¹, Caterina Galbiati ², Giuseppe Biffi ³

Negli ultimi anni, nell'UOC di Psicologia Clinica dell'AO "Ospedale San Carlo Borromeo" di Milano le attività cliniche di tipo preventivo, valutativo, terapeutico e riabilitativo, sono state pensate e organizzate principalmente sulla base di fasce d'età, indipendentemente dalle aree diagnostiche considerate. La divisione per cicli di vita cui sono destinati gli interventi ambulatoriali e nei reparti di degenza, è così articolata: dalla nascita ai 13 anni, dai 14 ai 24 anni, dai 25 anni ai 59 anni e oltre i 60 anni.

L'intervento sulla fascia 14-24 anni copre un'area anagrafica che prevede l'azione delle tre componenti del Dipartimento di Salute Mentale: l'UOS di Neuropsichiatria Infantile, l'UOC di Psichiatria Adulti e l'UOC di Psicologia Clinica che coprono, oltre a una parte di Milano, anche la zona di Corsico.

1. STRUTTURA E FUNZIONAMENTO DELL'AREA GIOVANILE

All'interno dell'UOC di Psicologia Clinica si svolgono differenti azioni dirette ai giovani con età compresa tra i 14 e i 24 anni: due Programmi Innovativi (PI) assegnati nel 2012 dalla Regione Lombardia dedicati agli interventi precoci nella sofferenza psicologica, uno per l'area di Milano (TR86) e uno per quella del distretto di Corsico (TR43); interventi rivolti alla popolazione giovanile (14-25 anni) di tutta la Lombardia, sottoposta a procedimento penale, sia ai costretti in carcere (Istituto Penale Minorile "Cesare Beccaria"), sia a quelli impegnati in percorsi alternativi; valutazioni in area neuropsicologica.

Nel corso del 2015 (*Fig. 1*) si sono contati 92 nuovi ingressi nel PI di Milano cui ci riferiremo nel testo (su un totale di 115 pazienti ad esso in carico), 123 nuovi ingressi nell'area Penale Minorile (su un totale di 283 pazienti in carico) e 7 ingressi in UOC di Psicologia Clinica (per valutazioni neuropsicologiche). Aggiungendo i dati del TR43 (Corsico), nel complesso, l'UO di Psicologia nell'anno 2015 ha accolto 462 pazienti tra i 14 e i 24 anni.

In questo scritto, vengono analizzati i dati di attività nell'anno 2015 del PI TR86 "Riconoscimento e trattamento dei disturbi psicologici in adolescenti e giovani adulti", che ha conosciuto tre cicli di attività: il primo nel 2012-2013, il secondo nel 2014 (inizio attività 04/07/2014) e il terzo nel 2015 (inizio attività 01/03/2015). Nel corso di questi tre cicli vi è stata una continua evoluzione verso un assetto di tipo "generalista" di "primo livello": il PI si occupa di riconoscere attraverso attività valutativa condizioni di rischio o di esordio di tutte le condizioni psicopatologiche, sia nei giovani al primo contatto con le strutture sanitarie sia in quelli inviati da chi li ha già in cura.

1.1. Operatori e bacino di utenza

Gli operatori dedicati al PIsono consulenti psicologi e

psicologi-psicoterapeuti, e psicologi dirigenti dell'UOC di Psicologia Clinica (Responsabile Scientifica del PI) con la collaborazione secondo protocolli specifici con la UOC di Psichiatria e la UOS di Neuropsichiatria Infantile del DSM. La sede degli interventi ambulatoriali è l'ospedale.

Il bacino di utenza è, oltre l'area del DSM del Presidio Ospedaliero San Carlo (Zone 6 e 7 del decentramento comunale), esteso a tutta la città di Milano. Il Comune di Milano, al 31.12.2014 conta una popolazione totale di 1.337.155 cittadini (dato Istat); le zone 6 e 7, contano un totale di 319.560 persone, di cui 29.878 tra i 15 e i 24 anni (dato stimato a partire da quelli del Comune di Milano, suddivisi per fasce dai 15 ai 18 anni e i 20 e i 39 anni).

1.2. Criteri di inclusione ed esclusione

Pur essendo il PI dedicato agli esordi di pazienti al loro primo contatto con i servizi di cura vengono anche accettati giovani che hanno avuto precedenti rapporti con le strutture della salute mentale purché tali contatti abbiano riguardato solo una fase valutativa e un breve periodo di trattamento (ovvero con contatti con solo un

operatore e struttura).

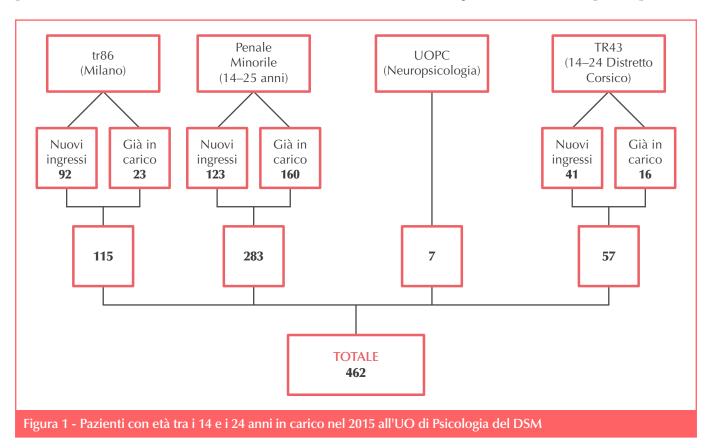
Su 92 nuovi casi nel 2015, 22 (24%) hanno avuto un precedente rapporto con le strutture della Salute Mentale (Psichiatria Minori o Psichiatria Adulti).

Non rientrano inoltre nell'attività valutativa del PI pazienti con Ritardo Mentale di Media Gravità o più Grave (QI < 49) e quelli Diagnosi primaria di Dipendenza da sostanze.

1.3. Flussi di ingresso

All'attivazione dei PI è stato comunicato a tutte le strutture del DSM e ai reparti dell'Ospedale San Carlo di inviare tutti i giovani tra i 14-24 anni con necessità di valutazione e intervento psicologico che, al momento del contatto con tali strutture, rispondessero ai suddetti criteri di inclusione al PI.

A tale scopo sono state quindi individuate diverse fonti di ingresso dei giovani al PI, sia interne all'Ospedale, sia esterne. Dall'interno i pazienti potevano essere segnalati da altre strutture del DSM (Psichiatria Minori, Psichiatra Adulti, Psicologia clinica), da altri reparti ospedalieri,



come Pediatria, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Pronto Soccorso adulti, pediatrico, psichiatrico, Medicina e dall'UO di Dietologia.

Le fonti di ingresso esterne sono tuttora l'accesso diretto tramite presentazione diretta, oppure le segnalazioni dai Servizi Sociali Comunali, dai colleghi psicologi dedicati all'Ufficio Servizi Sociali Minorenni e all'Istituto Penale Minorile, dai servizi ASL per le dipendenze e consultoriali.

Nel corso degli anni sono state svolte diverse azioni di coinvolgimento dei partner finalizzate all'attivazione delle segnalazioni, sia all'interno che all'esterno del DSM. Nel primo ciclo del PI (2012-2013) sono stati organizzati riunioni con gli operatori del DSM di presentazione e aggiornamento delle attività del PI, incontri annuali programmati con Direttori e Responsabili delle UO interessate, comprese quelle del DSM. Inoltre sono state svolti incontri con rappresentanti di SerT (ASL), Servizio sociali (Comune), Scuole superiori.

1.4. Rete informativa e di collaborazione

Per formalizzare e sviluppare la rete di collaborazione sia interne che esterne del PI è avvenuta la stesura di protocolli operativi. Già dal 2012 sono stati quindi firmati accordi con Psichiatria adulti (Day Hospital, Pronto Soccorso e Progetto Autonomia finanziato dal Comune di Milano), Psicologia clinica (Ambulatori e Penale minorile), Psichiatria minori, Pronto soccorso, Pediatria, Dietologia, Medicina generale, con l'obiettivo di formalizzare le segnalazioni al PI e agevolare i rapporti tra le parti. Nella rete esterna è stato firmato un accordo operativo con la scuola civica "Polo Manzoni", che si occupa di giovani con una storia di fallimenti scolastici.

Inoltre, per alimentare gli invii spontanei è stata creata nel 2013 una pagina Facebook, aggiornata periodicamente con contenuti semplici e dal linguaggio più vicino alla fascia d'età a cui è rivolta, sui temi della sofferenza e del disagio in età adolescenziale.

A partire dal 2015 si è lavorato nella direzione di creare reti di collaborazione con altri servizi del territorio

milanese, PI e non, in modo da agevolare il passaggio dei pazienti verso i servizi più specifici secondo la patologia specifica. Sono stati firmati quindi protocolli di intesa con il PI "Scintille" dell'AO "L. Sacco", rivolto al trattamento del disturbo borderline di personalità, e con il Programma 2000 dell'AO "Niguarda Cà Granda", che si occupa di esordi psicotici, sottoscritti dai Direttori delle UO titolari dei progetti (UO Psicologia Clinica del San Carlo e UO di Psichiatria delle AO di Niguarda e e del Sacco). Tali accordi prevedono una collaborazione bidirezionale: il PI del San Carlo può inviare soggetti valutati come particolarmente gravi e complessi che corrispondono ai criteri di inclusione dei PI di Niguarda e Sacco, e si offre disponibile per la presa in carico di giovani pazienti che con diagnosi di Disturbo Ossessivo Compulsivo. Sono stati avviati contatti per la definizione di accordi per i giovani che si rivolgono ai consultori con il Dipartimento ASSI dell'AST di Milano (Consultori).

1.5. Cenni di valutazione e trattamento

Essendo un programma di primo accesso, l'accuratezza della diagnosi si basa su un percorso di valutazione standardizzato che prevede quattro colloqui clinici e la somministrazione di una batteria testistica: Clinical Outcome in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), Beck Depression Inventory (BDI II), State-Trait Anxiety Inventory (STAI Y-1 Y-2), Resilience Process Questionnaire (RPQ), ed un possibile approfondimento diagnostico con test specifici: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II (SCID II), Eating Disorder Inventory III (EDI III).

Al termine del percorso psicodiagnostico viene formulata la diagnosi categoriale affiancata dalla diagnosi dimensionale che porta alla definizione di un programma individualizzato di trattamento, che può essere attuato in modo modularizzato: intervento individuale, interventi di gruppo (psicoeducativo, skills training) suddivisi su due fasce d'età, 14-17 e 18-24 e interventi familiari.

Benché la presentazione del trattamento sia estraneo agli scopi del presente testo - ma rintracciabili nei testi di Biffi, De Isabella, 2013 (1) e De Isabella et al, 2015 (2) -, va segnalato che, per quanto riguarda il coinvolgimento degli adulti, con i pazienti minorenni, viene attuato almeno un colloquio iniziale con i genitori e un colloquio di restituzione al termine del percorso di valutazione cui seguono, durante il trattamento, se concordati, colloqui periodici di aggiornamento/monitoraggio. Anche nel caso dei pazienti maggiorenni si attuano se ritenuto necessario e autorizzato dal giovane, colloqui con i genitori.

Nel caso di pazienti che necessitano di un intervento farmacologico, il PI si avvale di consulenze psichiatriche, laddove lo psicologo titolare del caso lo ritenga necessario, da parte di una psichiatra dell'UOC di Psichiatria del DSM. Se un paziente invece è inviato dal CPS dove è già seguito con terapia farmacologica, continua a fare riferimento al medesimo CPS.

2. ANALISI DEI DATI 2015

Il periodo di osservazione fa riferimento all'attività del PI nel 2015, dal 01 Marzo 2015 al 31 Dicembre 2015 (10 mesi). Le fonti dei dati sono le banche dati della Psichiatria adulti (PSICHE), la Psichiatria minori e il sistema di raccolta dati interno alla UO di Psicologia Clinica (PsicoData).

2.1. Tipologia dell'utenza

Nel 2015 hanno avuto contatto con il PI 115 pazienti, di cui 92 nuovi casi.

Su 92 pazienti che hanno avuto il primo accesso nel 2015, due terzi (56) sono di genere femminile e il restante (36) di genere maschile. Per quanto riguarda la distribuzione per età, la moda è il 15° anno. La provenienza dei pazienti è dell'83,7% dalle zone servite dal DSM dell'AO San Carlo (77 pazienti) e il 16,3% da altre zone (14 pazienti). Anche osservando la totalità dei pazienti (115) che hanno avuto almeno un contatto ambulatoriale nello stesso periodo, il rapporto tra maschi e femmine

viene conservato: 70 sono femmine (61%) e 45 maschi (39%). Lo stesso gruppo di pazienti proviene per l'85% dalle zone servite dal DSM dell'Ospedale San Carlo (98 pazienti) e il 15% da altre zone (17 pazienti).

2.2. Tempi di attesa del primo contatto

L'attesa tra il primo contatto e primo colloquio è di circa 14 giorni per i pazienti che accedono ambulatorialmente; mentre l'attesa per i pazienti che che accedono su segnalazione dei reparti o PS è di sette giorni, a partire dalla data in cui viene effettuata la consulenza.

2.3. Dati di flusso d'ingresso di pazienti e accesso

Il PI ha visto in media nove nuovi ingressi al mese.

Oltre agli ingressi nel PI attraverso autopresentazioni e invii da strutture interne ed esterne al DSM, sono state effettuate da consulenti del PI, nel corso del periodo considerato, 14 consulenze in reparti o in Pronto Soccorso (PS) pediatrico o degli adulti; di queste, sei (una da PS Pediatrico, quattro da Pediatria, una da SPDC) sono esitate in una presa in carico al PI.

Nel corso del 2015 quindi, il PI è entrato globalmente in contatto con 123 soggetti, ovvero, oltre ai 115 in carico al PI ad altri 8 in contatto attraverso le consulenze in reparto e PS.

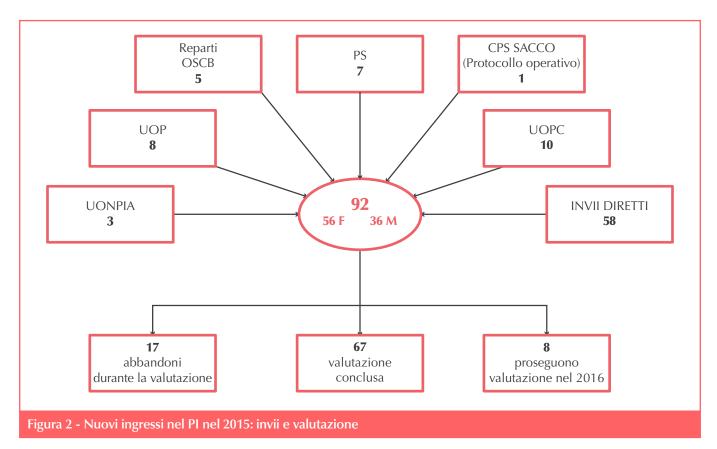
2.4. Nuovi ingressi e valutazione

Oltre a quanto indicato nel paragrafo precedente, dei 92 soggetti entrati per la prima volta nel PI, 67 hanno concluso la valutazione, 8 proseguono la valutazione nel 2016 e 17 hanno abbandonato il percorso durante la valutazione (*Fig. 2*).

2.5. Popolazione attesa e popolazione giunta

Solo una parte dei pazienti che per i quali poteva essere indicato l'accesso al PI sono giunti effettivamente ad esso.

Considerando i giovani che hanno avuto un primo contatto con strutture Psichiatria adulti nel periodo considerato si nota che, nel corso del 2015, 11 di essi



sono stati inviati, mentre 18, nonostante una diagnosi appropriata, non sono giunti. Guardando al 2014, e confrontando i dati dei due secondi semestri, è possibile notare che il dato è comunque in lieve miglioramento, sia dal punto di vista degli invii appropriati, sia degli invii "mancati": infatti nel secondo semestre 2014 si contano 6 invii appropriati e 11 invii mancati, mentre nel secondo semestre 2015 9 invii appropriati e 8 invii mancati.

Considerando gli adolescenti tra i 14 e i 17 anni che hanno avuto primo contatto con l'UO di Neuropsichiatria Infantile nel periodo considerato, nel corso del 2015 sono arrivati al PI due pazienti che hanno avuto un primo contatto con la UONPIA, mentre 23 con diagnosi appropriata, non sono giunti al PI.

2.6. Tipologia diagnostica e struttura autrice del trattamento

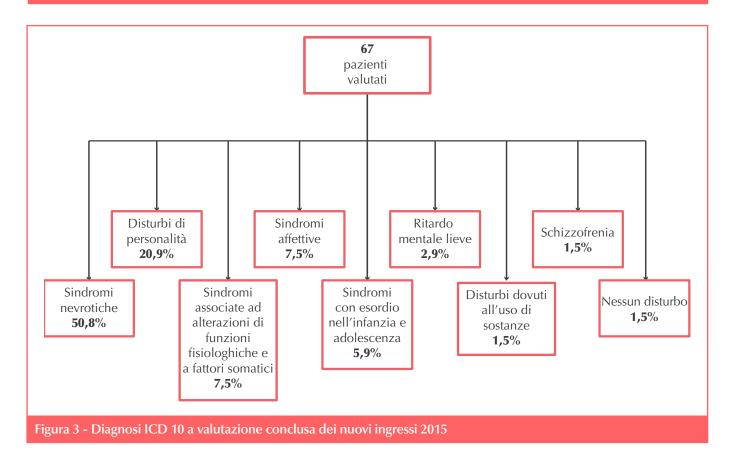
Nel corso del 2015, dei 92 nuovi ingressi sono stati valutati 67 giovani (*Fig. 2*). Gli esiti del percorso psicodiagnostico si distribuiscono in ordine percentualmente decrescente (*Fig. 3*) da cui risulta che una quota elevata - l'86,7% -

manifesta, secondo la classificazione diagnostica ICD 10, Sindromi nevrotiche, Disturbi di personalità, Sindromi associate ad alterazione di funzioni fisiologiche e a fattori somatici, Sindromi affettive, la restante esigua percentuale manifesta Sindromi con esordi nell'infanzia e nell'adolescenza, Ritardo mentale lieve, Schizofrenia, Disturbi dovuti all'uso di sostanze, nessun disturbo psichiatrico.

Anche considerando la totalità dei pazienti in carico nello stesso periodo, si può notare che il 90% dei soggetti manifesta una sintomatologia che ricade nelle stesse categorie diagnostiche riconducibili a disturbi d'ansia, depressivi, di personalità e alimentari.

Va segnalato, per quanto riguarda l'uso di sostanze, dei 115 pazienti in carico nel periodo considerato, 16 hanno dichiarato di fare un uso saltuario di cannabis (14%)

Al termine del percorso di valutazione, in base alla diagnosi e ai criteri di inclusione/esclusione e ai rapporti stabiliti attraverso i protocolli operativi, i pazienti sono stati inseriti nel PI o inviati ad altre strutture (Fig. 4)



2.7. Drop out e esiti di trattamento

Nel corso del 2015 si hanno abbandonato durante la valutazione 20 pazienti su 92, 5 durante il trattamento.

Nel corso del 2015 dei 74 pazienti in carico (51 nuovi e 23 già in carico), i pazienti con terapia farmacologica sono 12 (16,2%), di cui 6 seguiti dallo psichiatra del CPS, 4 con consulenza dal reparto e 2 seguiti privatamente.

La valutazione degli esiti è stata trattata precedentemente (3).

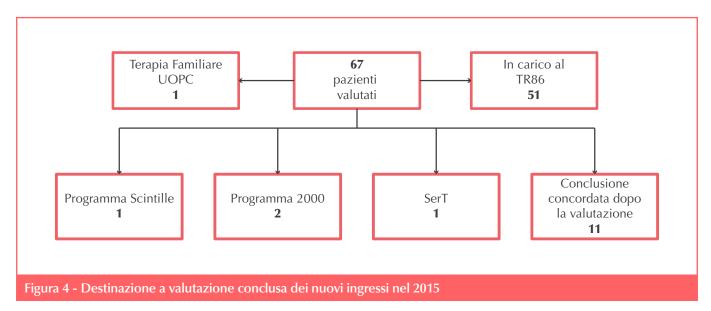
3. COMMENTI FINALI

La prima valutazione dei dati evidenzia che l'introduzione di percorsi innovativi nella risposta dei servizi ai bisogni di salute mentale destinati ai giovani - basata sulla disponibilità di una rete d'invio e di collaborazione - consente di giungere a una valutazione sostanzialmente positiva della percorribilità di un nuovo assetto dei servizi e, prima ancora, di una sua agevole fruibilità.

Il flusso di giovani è significativo a quanto la letteratura indica come prevalenza dei disturbi mentali (4). Intercetta infatti una quota significativa della popolazione appartenente a una varietà di condizioni psicopatologiche estremamente ampia, la maggioranza delle quali si colloca in un medesimo ambito psicodiagnostico, significativamente vicino a quanto prevedibile e atteso sulla base dell'esperienza degli ultimi anni dei servizi di salute mentale della Lombardia.

Resta tuttavia da ampliare e consolidare il flusso verso il "nuovo servizio" dei nuovi utenti soprattutto quelli provenienti dell'area attualmente dedicata alla prima adolescenza.

Per quanto riguarda i pur frequenti, anche se non elevati, abbandoni, è possibile ipotizzare siano dovuti a mancanza di motivazione (invio su spinta dei genitori), coinvolgimento famiglia temuto (timore di mancanza di privacy), remissione spontanea successiva a fase acuta. Nella maggioranza si verifica nella fascia d'età più bassa (14-18 anni). Ciò rappresenta un ambito su cui concentrare l'impegno per migliorare in diverse direzioni l'offerta: una sede aggiuntiva/alternativa a quella attuale, ospedaliera; una maggiore sensibilità alle differenze individuali a cominciare da quelle di genere; altro ancora.



Pur ritenendo indispensabile perseguire il miglioramento di qualità dell'offerta - anche sul piano terapeutico qui non esaminato -, sembrano soddisfatte le caratteristiche attese per un servizio di salute mentale dedicato ai giovani sia per accessibilità, sia per tempestività, coordinamento e completezza di risposta (5).

propensione autoreferenziale e conservativa dell'attuale assetto dei servizi per la salute mentale per porsi in termini convintamente e definitivamente disponibile al cambiamento organizzativo.

4. CONCLUSIONI

Il percorso intrapreso è promettente e merita di essere proseguito ed esteso. Risulta, in particolare, evidente la necessità di incrementare l'attività di costruzione della rete oltre che individuare/precisare i bisogni clinici della fascia adolescenziale e dei giovani adulti.

L'avvio delle nuove ASST rappresenta l'occasione per una ulteriore messa a punto del sistema di risposte – preventive, di cura e di riabilitazione - dei bisogni di questa popolazione, coinvolgendo nuovi interlocutori territoriali (consultori, dipendenze etc), compresi quelle che trattano le disabilità lievi.

In questa direzione, fin da ora, va avviato il processo di integrazione dei PI in assetti inclusivi, non frammentati bensì sempre più integrati.

A ciò può contribuire l'istituzione in corso di attuazione di un Registro dei casi nell'ambito del coordinamento milanese dei PI dedicati ai giovani.

Parallelamente all'attuazione del processo delineato occorre quindi che - da subito - venga abbandonata la

- (1) Direttore UOC di Psicologia Clinica, "Ospedale San Carlo Borromeo", ASST Santi Paolo e Carlo, Milano
- (2) Psicologo Consulente UOC di Psicologia Clinica, "Ospedale San Carlo Borromeo", ASST Santi Paolo e Carlo, Milano
- (3) Direttore DSM "Ospedale San Carlo Borromeo", ASST Santi Paolo e Carlo, Milano

 $Riferimento\ mail:\ de is abella. giorgio @asst-santipa o lo carlo. it$

BIBLIOGRAFIA

- Biffi G., De Isabella G., Nuove sfide per la salute mentale.
 Innovazioni cliniche e organizzative. Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2013
- De Isabella G., Di Tucci A., Biffi G., Giovani e salute mentale.
 Un profilo sintetico di due Programmi innovativi (2012-2013).
 Psichiatria Oggi, XXVIII, 1, 54-61, 2015.
- 3. Bellotti M., Palmisano G.L., Galbiati C., Valentini T.,

 De Isabella G., L'efficacia del trattamento psicologico in

 un campione di soggetti di età compresa tra i 14 e i 24 anni
 afferenti ad un'UOC di Psicologia clinica di un DSM: uno
 studio pilota. Psichiatria Oggi, XXVIII, n. 2, 2015.
- Kessler R. C., Demler O. M. A., Frank R. G., Olfson M., Pincus H. A., Ellen E., Walters M.S., Wang P., Kenneth B., Wells M.D., Zaslavsky A.M., *Prevalence and Treatment of Mental Disorders*, 1990 to 2003. New England Journal of Medicine, 352, 2515-2523, 2005.
- 5. Thornicroft G., Tansella M., Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care". British Journal Of Psychiatry, 185, 283-290, 2004.

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