



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

Anno XXIX • n. 1 • gennaio-giugno

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)
Gabiella 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

IN PRIMO PIANO

3 Suicidio libero e responsabile: una scelta possibile?
Uno sguardo alla letteratura nel tentativo di trovare una risposta
di Giannelli A.

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

SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

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

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

31 Da vicino nessuno è normale
Dialogare a scuola sul pregiudizio e lo stigma
di Tomaselli G., Gambarà S., Naclerio R., Fenaroli S., Ballantini M., Biffi G., Cetti C., Clerici M., De Paoli G., Mencacci C., Percudani M., Rabboni M.

38 Il modello multifamiliare e la metafora lavoro
Identità sociale e coerenza percettiva del sé nelle relazioni complesse, una prospettiva evolutiva e prognostica
di Borgogno F.V., Pismataro C.P.

44 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.

55 I benefici relazionali della terapia assistita dall'animale in pazienti con schizofrenia paranoide
Case report
di Chianese S., Traber R., Primerano L., Restrepo M.

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

SPECIALE: AUTISMO NELL'ADULTO

84 I disturbi dello spettro autistico
di Mencacci C.

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

95 La sindrome di Asperger
di Motta C.

100 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

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

La valutazione degli esiti come pratica routinaria nella residenzialità psichiatrica

Risultati e prospettive di miglioramento continuo della qualità

Antonio Amatulli¹, Emanuela Giampieri²,
Paola Marianna Marinaccio³

INTRODUZIONE

Negli ultimi 20 anni sempre di più l'attenzione della comunità scientifica si è rivolta al concetto di recovery nei disturbi psichiatrici maggiori, evidenziando come esso assuma nel corso del tempo le caratteristiche non tanto di una valutazione puntuale, quanto piuttosto di un percorso evolutivo e riabilitativo di cui fanno parte da un lato aspetti clinici e di funzionamento valutati da un osservatore esterno (medico, educatore, terapeuta della riabilitazione), dall'altro da interessi, desideri e aspettative dei pazienti stessi^{4,5,7}. È divenuto quindi sempre più evidente come non sia più possibile non prendere in considerazione il punto di vista dell'utenza e dei familiari, le loro aspettative e percezioni, oltre agli abituali parametri definiti e oggettivi con cui il clinico è abituato a quantificare i risultati ottenuti con gli interventi attuati^{1,5}.

In quest'ambito si è inserito il programma di valutazione periodica degli esiti dei trattamenti finalizzato alla valutazione di tutti gli utenti che hanno avuto accesso alle strutture residenziali facenti parte dell'UO di Psichiatria di Garbagnate Milanese prima, e della UO di Desio e Vimercate poi, che viene qui descritto, e che è stato attuato a partire dal 2000 fino al 2013.

Le strutture interessate da tale progetto sono Comunità Protette a Media e Bassa Protezione (CPM, CPB), per un totale di 76 posti letto all'inizio dello studio e di 43 posti letto al suo termine. Il taglio degli interventi è stato pertanto di tipo assistenziale riabilitativo, ruotando sulla creazione di ambienti al tempo stesso accoglienti e tera-

peutici, con l'intervento di un'équipe multiprofessionale presente esclusivamente nelle 12 ore diurne, formata da educatori, infermieri e operatori dell'assistenza. Lo stile degli interventi cercava di riflettersi in una gestione "tipo casa" della vita nelle diverse comunità, con le differenti professionalità che determinavano la varietà e complementarità degli interventi assistenziali e riabilitativi, quale mission naturale e istituzionale delle strutture residenziali³. Il "milieu" terapeutico e l'emergere delle dinamiche psicologiche, la valutazione e la consapevolezza degli stati emotivi, e infine, l'interpretazione e le attribuzioni dei significati nei momenti precipui della vita e delle attività svolte, tutto ciò può essere definito lo strumento terapeutico principale del lavoro svolto in comunità.

Al fine di valutare l'andamento di variabili cliniche e di funzionamento nel corso del percorso riabilitativo e la presenza di caratteristiche associate alla durata del ricovero, è stato quindi condotto uno studio longitudinale osservazionale su pazienti afferenti alle Comunità Riabilitative descritte. Sono qui presentati i risultati preliminari e più generali dello studio.

MATERIALI E METODI

Sono stati reclutati consecutivamente tutti i pazienti ospitati nelle 12 Comunità tra media e bassa assistenza. Sono stati esclusi i pazienti provenienti dall'ex ospedale Psichiatrico che, vicino, era appena stato chiuso e, alla fine, il campione totale è rappresentato da 61 pazienti, seguiti e valutati dall'inserimento in Struttura e quindi consecutivamente ogni sei mesi fino, in alcuni casi, a 12 anni. Per ciascun paziente è stata completata una batteria testale, al fine di monitorare l'andamento clinico e di diverse aree del funzionamento e di out come, costituita da:

- Questionario sulla soddisfazione del cliente (dal Survey for Monitoring the Quality of Public Mental Health Services - D. Srebnik e coll., Psychiatric Services 1997 - versione italiana a cura di Amatulli A. e Azzone P.)
- Lancashire Quality of Life Profile - LQL (Oliver, 1991). Il LQL è uno strumento "sviluppato nell'ipotesi

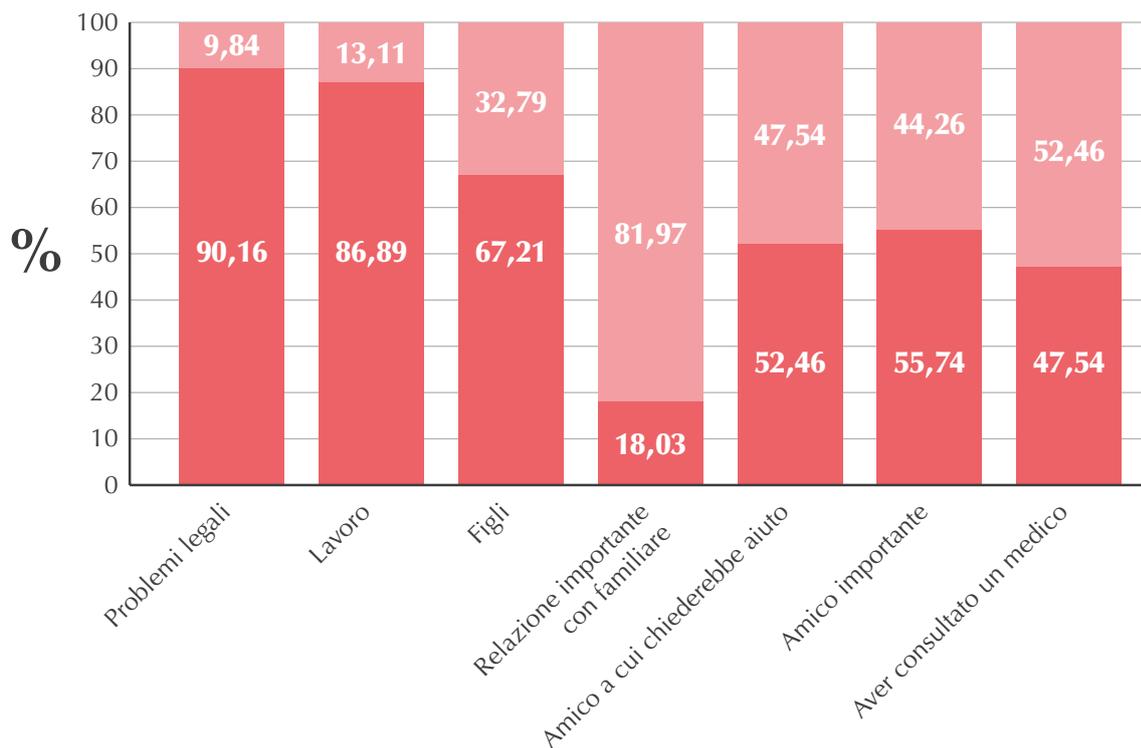


Figura 1 – Variabili sociodemografiche da Questionario

che la qualità della vita sia un concetto complesso, che una singola misura non sia in grado di descriverla, che allo stato attuale essa possa essere valutata solo attraverso un profilo di più indicatori, diversi riguardo alla scala di misura, all'intervallo temporale usato, al tipo e al numero di indicazioni richieste” (Ruggeri, 1998). La scala, proposta per la valutazione della salute e del benessere dei pazienti con patologia psichica, prende in considerazione tre tipi di variabili, le caratteristiche personali dei pazienti (gli indicatori, cioè, demografici ed economici, quali età, sesso, provenienza, classe sociale, eccetera), gli indicatori obiettivi della qualità di vita (che comprendono indicatori sociali, di competenze comportamentali e tratti psicopatologici) e le sue misurazioni soggettive. L’LQL è uno strumento di valutazione autosomministrato composto da 100 items valutati su una scala Likert a 7 punti (1- estremo negativo, 7- estremo positivo).

- Life Skill Profile (LSP) per la valutazione delle capacità e abilità nella vita quotidiana. La LSP è una scala eterosomministrata che indaga le “abilità e comportamenti

di base che consentono a un individuo di svolgere adeguatamente le attività della vita quotidiana e di ricoprire un determinato ruolo nella società” (Ruggeri, 1997). È stata esplicitamente messa a punto dal gruppo di Zizolfi (1994) per poter essere compilata da parte di chiunque abbia una conoscenza diretta del comportamento dei pazienti in esame. Essa presenta 39 items che vengono valutati mediante una scala Likert a 4 punti (1- estremo negativo, 4- estremo positivo). L’analisi fattoriale della scala ha consentito di isolare 5 subscale che rimandano ad altrettante dimensioni del funzionamento nella vita di tutti i giorni: Cura di sé (es. “Si presenta generalmente bene, ben vestito e con i capelli in ordine?”), Non turbolenza (es. “È in genere suscettibile o irascibile?”), Contatto sociale (es. “È di solito socialmente isolato?”), Assertività (es. “Ha in genere difficoltà ad iniziare e mantenere la conversazione?”) e Responsabilità (es. “Assume volentieri gli psicofarmaci prescritti dal medico?”)

- Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) per la valutazione del quadro clinico. La BPRS è una scala di valutazione eterosomministrata, particolarmente indicata per la

valutazione longitudinale dell'andamento psicopatologico. È costituita da 18 items anch'essi valutati mediante una scala Likert a 5 punti (0- assente, 4- moltissimo)

- Global Assessment of Functioning Scale (GAF) per una valutazione globale del funzionamento personale. La GAF viene compilata dal clinico ed è una valutazione globale del funzionamento secondo un punteggio crescente che varia da 0 a 100.

Tabella 1 – Analisi socio-demografica del campione reclutato

Genere	
Maschi	44.26% (27)
Femmine	55.74% (34)
Fascia d'età	
25-34 aa	16.40%()
35-44 aa	26.20%()
45-54 aa	27.90% ()
55-64 aa	26.20% ()
>65 aa	3.30% ()
Stato civile	
Celibe/nubile	54.10% (33)
Coniugato	11.48% (7)
Separato/divorziato	34.43% (21)
Titolo di studio	
Analfabeta	5.60%(2)
Licenza elementare	11.10%(4)
Diploma media inferiore	44.40%()
Diploma media superiore	27.80% ()
Laurea	11.10%
Diagnosi	
schizofrenia	62.30% (38)
disturbi dell'umore	13.11% (8)
disturbi di personalità	16.39%(10)
Altro	8.20%(5)

RISULTATI

L'analisi delle variabili demografiche e delle diagnosi secondo DSM IV-TR è riportato in *Tab.1* e *Fig.1*.

Per l'analisi statistica delle variabili psicopatologiche e di funzionamento sono stati considerati come tempi di valutazione, in questa prima analisi, il momento dell'arruolamento (T₀), la valutazione a metà del percorso riabilitativo (T₁) e la dimissione dalla Struttura (T₂).

Data la variabilità della durata dei singoli ricoveri, il confronto dei punteggi medi delle valutazioni ai singoli tempi è stato effettuato mediante l'analisi della varianza multivariata corretta per la durata di degenza (Manova – Traccia di Pillai)

È stata inoltre eseguita una valutazione delle caratteristiche influenzanti il termine del percorso riabilitativo mediante curve di sopravvivenza (Kaplan-Meier), dove l'uscita dall'osservazione indica la dimissione dalla Struttura.

L'analisi statistica ha evidenziato come ci sia stato un miglioramento significativo nella sintomatologia globale (BPRS: T₀ 43.39, T₁ 40.93, T₂ 39.56, p=0.02), come anche nelle sue specifiche sottoscale inerenti in particolar modo la sintomatologia negativa (T₀ 7.61, T₁ 6.92, T₂ 6.44, p=0.03), cosa che è parsa di particolare interesse, e quella ansioso-depressiva (T₀ 11.69, T₁ 10.75, T₂ 1.46, p=0.08). (*Fig.2*) Anche in termini di funzionamento, i punteggi medi della GAF hanno evidenziato un miglioramento significativo ai vari tempi di valutazione (T₀ 49.38, T₁ 54.08, T₂ 53.80, p=0.01). (*Fig.2*)

Per quanto riguarda i punteggi medi della LSP, questi hanno avuto una variazione statisticamente significativa esclusivamente nella sottoscala "non turbolenza" (T₀ 14.93, T₁ 14.80, T₂ 15.77, p=0.03), a indicare che verosimilmente con l'avanzare del percorso riabilitativo i pazienti imparavano a tollerare meglio le frustrazioni e a controllare la propria impulsività. (*Fig. 2*)

È interessante inoltre riportare come questi dati siano stati confermati in maniera sovrapponibile anche da una valutazione più estesa, riferita alla valutazione a sei anni,

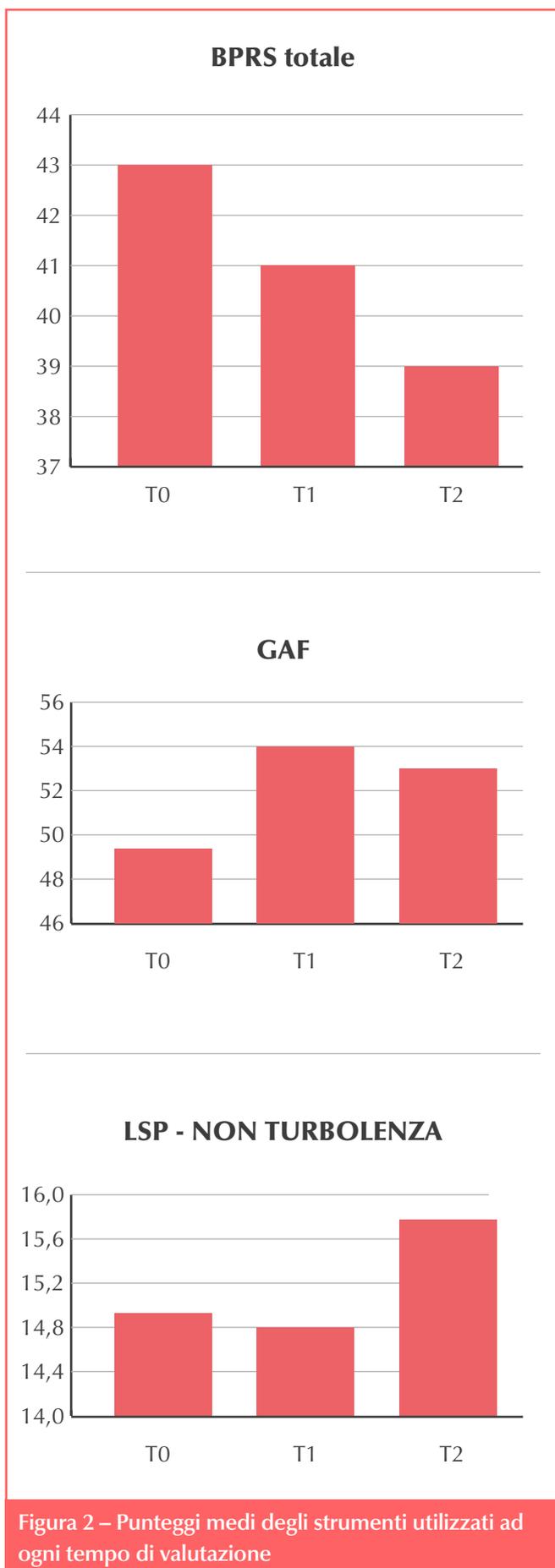


Figura 2 – Punteggi medi degli strumenti utilizzati ad ogni tempo di valutazione

dove il miglioramento più significativo si osserva nell'arco dei primi 3-4 anni, per mantenersi successivamente a un livello costante di plateau.

Dalla valutazione dei Questionario e dell'LQL è stato invece possibile evidenziare come all'ingresso in Struttura le principali difficoltà percepite dai pazienti fossero la difficile strutturazione di una regolarità quotidiana, l'inattività, la ridotta capacità di socializzazione e la capacità di svolgere mansioni di basso livello. Durante il percorso riabilitativo i pazienti con un programma strutturato delle proprie attività sono passati dal 25% al 50%, con miglioramento in particolar modo delle aree critiche dell'inattività e della progettualità e, grazie alla strutturazione di progetti lavorativi mirati, a un aumento del reddito mensile di circa il 40%.

All'ingresso in Struttura i pazienti dichiaravano inoltre di essere piuttosto soddisfatti della Struttura stessa e del grado di indipendenza, del modo in cui essi stessi avevano la possibilità di influenzare le decisioni comuni e della possibilità di vivere con altre persone; al contempo si dicevano piuttosto insoddisfatti all'idea di dover stare in quel contesto per lungo tempo. Alla valutazione alle dimissioni è emerso invece un buon grado di soddisfazione per la qualità dell'aiuto ricevuto, con la convinzione che la Struttura abbia risposto a molti bisogni e che per tali ragioni i pazienti sarebbero disposti a farvi ritorno in caso di future necessità.

Per quanto riguarda lo studio delle variabili associate alle dimissioni più o meno precoci, bisogna prima di tutto evidenziare come il 60% dei pazienti abbia avuto un tempo di degenza massimo di 3-4 anni, assolutamente in linea con le coordinate temporali introdotte nella residenzialità psichiatrica anni fa da Regione Lombardia (DGR 4221/2007). Le curve di Kaplan-Meier a tal proposito non hanno però rilevato delle differenze statisticamente significative rispetto a possibili indicatori di minor durata di permanenza in Struttura, ma hanno evidenziato comunque delle differenze e dei trend di grande rilievo

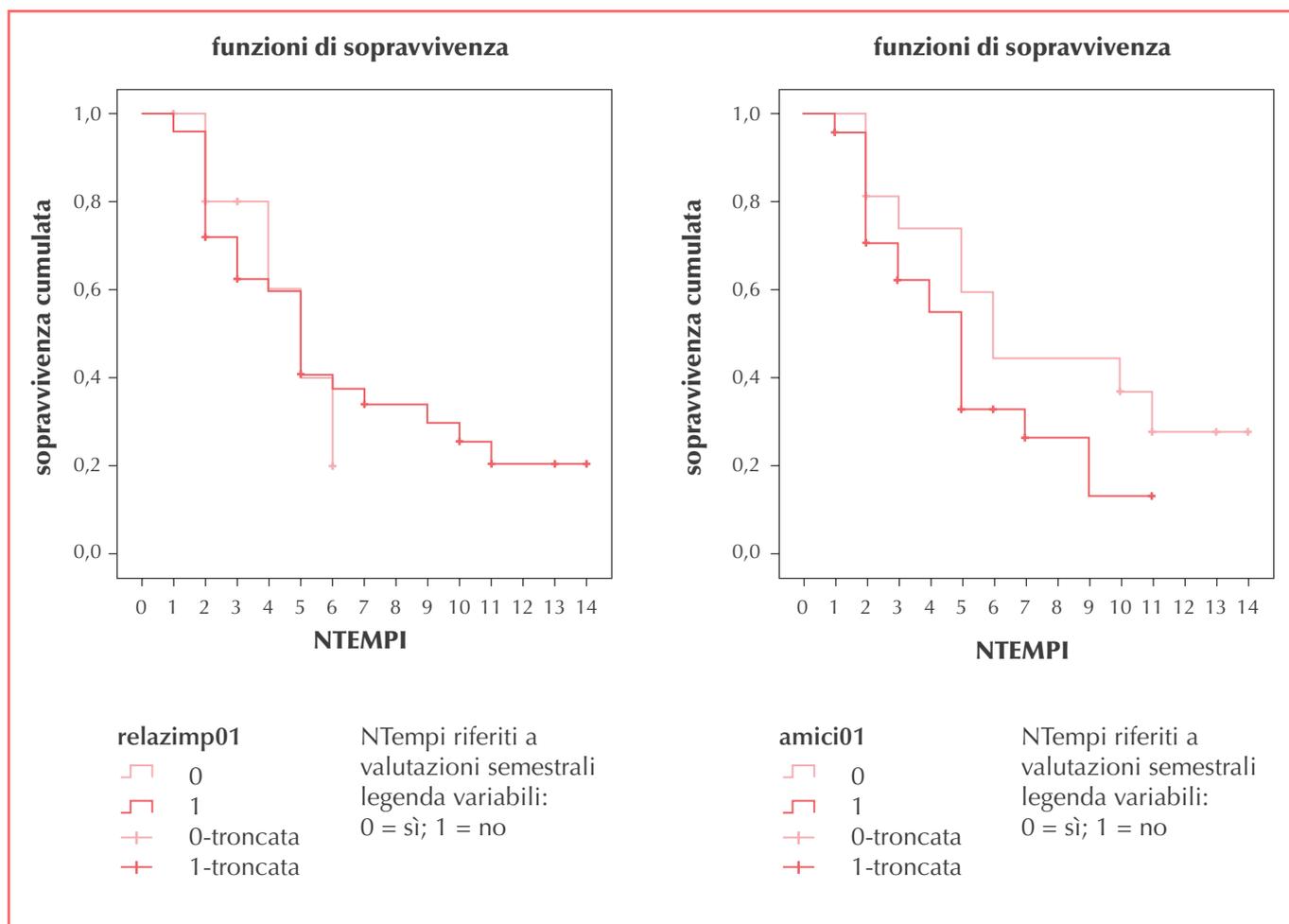


Figura 3 – Curve di Kaplan-Meier (relazioni importanti familiari ed amicali)

e interesse per chi opera in tali contesti: la maggior parte delle donne riescono mediamente a essere dimesse dalle Strutture circa un anno prima rispetto ai maschi, così come avere delle relazioni importanti familiari e/o amicali riduce sensibilmente la durata della degenza (Fig.3). Per quanto riguarda le altre variabili, essere coniugati, avere un titolo di studio più elevato, non avere una diagnosi di Schizofrenia e avere un reddito o un impiego sono tutte caratteristiche che sono risultate ridurre i tempi di degenza (come euristicamente ci si potrebbe aspettare), seppur non in maniera statisticamente significativa tra i vari gruppi.

CONCLUSIONI

La valutazione routinaria degli esiti di un trattamento riabilitativo residenziale è possibile, anche a cura di un gruppo multiprofessionale istituzionalmente deputato a erogare assistenza.

I dati esposti mostrano che mediamente l'utenza si avvale positivamente della residenzialità psichiatrica, mostrando in modo piuttosto uniforme una generalizzata tendenza al miglioramento di diversi indicatori di outcome.

Si evidenzia particolarmente come gli interventi all'interno delle strutture riabilitative determinino nel breve-medio periodo un miglioramento più evidente sul versante clinico e sintomatologico (in questo studio valutato tramite BPRS), mentre gli effetti sul funzionamento e sui suoi differenti aspetti costituenti appaiono invece scarsamente valutabili dagli strumenti tradizionalmente utilizzati nella pratica clinica (es. GAF, che comunque mostra un funzionamento globale significativamente migliorato ai follow up), ma risultano essere altresì più facilmente rilevabili con altri parametri, dove la valutazione del clinico viene integrata dalla percezione e dal vissuto del paziente. È chiaro quindi il suggerimento a utilizzare parametri diversi

e più specifici, strutturati maggiormente per monitorare le diverse aree più specificamente costitutive del recovery (es. LSP, LQL, indicatori rilevati dal questionario). Queste osservazioni sono in linea con quanto riportato dalla recente letteratura in materia, dove il concetto di recovery è sempre più inteso come l'ottenimento non solo di una remissione sintomatologica ma anche di un recupero del funzionamento in un periodo significativo di tempo ¹.

I nostri dati richiamano quanto riportato in altri studi anche nelle osservazioni più specifiche, come un tasso più alto di recovery nelle femmine¹, suggerito dai nostri risultati rispetto alle dimissioni più precoci, e non solo.

Analogamente, anche l'importanza di un'attività lavorativa emersa dal nostro studio richiama il concetto di Recovery funzionale, definito come "avere un impiego lavorativo o essere impegnati in attività di studio" ¹.

Inoltre, in letteratura è possibile riscontrare come siano considerati predittori o facilitatori di recovery il fatto di avere una minore sintomatologia negativa e un adeguato supporto sociale¹ o sentirsi partecipi della programmazione della propria giornata e avere un lavoro⁴. In particolare, l'inserimento lavorativo è considerato il miglior key-facilitator di recovery, in quanto esso comporta come diretta conseguenza anche un aumento delle interazioni sociali, una maggior capacità organizzativa, la possibilità di avere una maggior indipendenza economica e di percepire una de-stigmatizzazione rispetto alla patologia psichiatrica.

Ciò che emerge in maniera altrettanto chiara dalla valutazione del follow-up dei nostri dati, come accennato in precedenza, è anche che il più evidente miglioramento si osserva nei primi 3-4 anni del percorso riabilitativo. In seguito le strutture residenziali sembrerebbero tendere a perdere parte delle loro potenzialità riabilitative, assestandosi su aspetti più assistenziali, meno caratterizzati da evidenti ulteriori miglioramenti nell'outcome globale. Dal quarto anno circa la riabilitazione residenziale sembra tendere a "funzionare di meno", e le strutture assumerebbero maggiormente un ruolo di mantenimento/stabilizzazione. Tutto questo, però, richiederebbe una conferma attraverso uno

studio su un campione più ampio di pazienti "long stayers".

Vi sono tuttavia dei limiti alle nostre osservazioni, che costituiscono ulteriore stimolo di ricerca: sarebbe necessario effettuare delle valutazioni di follow-up anche dopo la degenza, per valutare la persistenza dei miglioramenti ottenuti durante il percorso riabilitativo e la presenza di un'effettiva riduzione nel numero di recidive; sarebbe inoltre interessante, con un campione più ampio, valutare l'influenza di differenti tipologie di interventi, aventi anche come finalità la loro standardizzazione. Come riportato anche in letteratura⁶, infatti, oltre agli interventi già evidence-based (CBT, Cognitive, Remediation, psicoeducazione familiare, social skill training, inserimento in lavoro protetto) vi sono una serie di altre pratiche estremamente promettenti ma su cui la ricerca è ancora esigua (es: modelli di intervento su esordi psicotici, interventi di promozione di uno stile di vita sano, modelli di trattamento integrato su psicosi maggiori, protocolli più specifici per particolari fasce d'età -giovani adulti, over 60-, modalità di intervento al momento della comparsa di sintomi prodromici riconosciuti, servizio di housing). L'invito è dunque quello di utilizzare strumenti di facile compilazione ma che siano sempre più coinvolgenti in maniera specifica le aree del funzionamento del paziente oltre alla sintomatologia clinica, consentendo non solo un più preciso monitoraggio dell'andamento degli interventi riabilitativi, ma valutandone anche specificatamente il valore scientifico di evidenza.

Tutte queste valutazioni, come si è visto, possono essere implementate e portate avanti longitudinalmente anche come pratica quotidiana routinaria di un servizio di riabilitazione residenziale. Si sono rivelate infine indispensabili, per una valutazione longitudinale così prolungata e con un numero trascurabile di drop out, la presenza di una leadership sia clinica che organizzativa, che motivasse e accompagnasse costantemente le attività generali e il progetto valutativo, e la programmazione di una formazione iniziale specifica del gruppo di valutazione con attività successive costanti di miglioramento continuo sul campo.

(1) UO Psichiatria, ASST Vimercate (MB)

(2) UO Psichiatria, ASST Monza (MB)

Riferimento mail: antonio.amatulli@asst-vimercate.it

BIBLIOGRAFIA

1. Austin S.F., Mors O., Secher R.G., Hjorthøj C.R., Albert N., Bertelsen M., Jensen H., Jeppesen P., Petersen L., Randers L., Thorup A., Nordentoft M., *Predictors of recovery in first episode psychosis: the OPUS cohort at 10 year follow-up.* Schizophr Res, 150(1):163-8, 2013.
2. Amatulli A., Azzone P., Srebnik D., *Monitoring the quality of an Italian public psychiatric service: A four dimensions study of the outcome.* Eur J Psychiat, 19, 1: 5-18, 2005
3. Deliberazione della Giunta Regionale Lombarda N. VIII/4221 del 28.2.2007
4. Drake R.E., Whitley R., *Recovery and Severe Mental Illness: Description and Analysis.* Can J Psychiatry, 59(5): 236-242, 2014.
5. Leucht S., *Measurements of response, remission, and recovery in schizophrenia and examples for their clinical application,* J Clin Psychiatry, 75 Suppl 1:8-14, 2014.
6. Mueser K.T., Deavers F., Penn D.L., Cassisi J.E., *Psychosocial treatments for schizophrenia.* Annu Rev Clin Psychol. 9: 465-97, 2013.
7. Wallace T, Robertson E, Millar et al., *Perceptions of care and services by the clients and families: a personal experience.* J Adv Nurs, 29(5): 1144-1153, 1999.

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 testo citato, ad esempio (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 Lombardia
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 (*Somdrino*)

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