



# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

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





# SOMMARIO

Anno XXXIII • n. 2 • luglio-dicembre

## PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

**Fondata da:**  
Alberto Giannelli

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

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

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

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

**Art Director:**  
Paperplane snc

**Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori**

### COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a [info@psichiatriaoggi.it](mailto:info@psichiatriaoggi.it).

**EDITORE:**  
Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1-24127 Bergamo  
Tel. 035 26.63.66 - [info@psichiatriaoggi.it](mailto:info@psichiatriaoggi.it)  
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88  
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

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)

### IN PRIMO PIANO

**4** Un affettuoso saluto al Direttore Alberto Giannelli di Percudani M. e Clerici M.

**5** Nuovi bisogni e nuovi Servizi per la salute mentale di Percudani M. e Clerici M.

### PARERI

**9** Risposta all'articolo di Amatulli A., in *Psichiatria Oggi* Anno XXXIII n. 1 di Pellegrini P.

### SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

**12** La paura dell'altro, o la follia dell'intimità  
*Distanza personale e distanziamento sociale.*  
di Rabboni M.

**21** Il TSO medico al tempo della Pandemia CoViD-19  
di Ceglie R.

**27** Tra casa e struttura psichiatrica: per chi funziona la Residenzialità Leggera?  
*Uno studio sugli esiti del Progetto Bet della Cooperativa Filo di Arianna (2009-2019)*  
di Dudek C., Casorati A., Corti D., Corti M., Ferrari Treccate J., Laurenzano E., Seregni A., Spinelli S. e Carozzi A.

**37** Melanconia in tempo di CoViD-19  
*Attualità della lezione di H. Tellenbach di Grecchi A., Beraldo S., Maresca G. e Miragoli P.*

**42** Sviluppo e validazione di "AMBRA", uno strumento di valutazione della prestazione degli operatori  
di Rapisarda F., D'Avanzo B., Polizzi M., Boccia F., Gala V., Marinkovic I., Massarotto F., Noris J., Todisco A. e Erlicher A.

**56** COVID-19 e salute mentale  
*Una guida "evidence-based" sulla telepsichiatria*  
di Zangani C., Giordano B., Bonora S., Stein H., Demartini B., Smith K., Ostinelli E., Gambini O., Cerveri G., Cibra C., Poli V., Sacchi P., Macdonald O., Cipriani A. e D'Agostino A.

**67** Appunti per l'integrazione tra servizi psichiatrici e delle dipendenze alla luce dell'ADHD  
di Zita G. e Migliarese G.

### PSICHIATRIA FORENSE

**71** Quando si verifica il suicidio di un paziente in ospedale come si possono individuare i limiti della responsabilità, ai fini risarcitori, dei sanitari  
di Mantovani R.

### POSITION PAPER DELLA SIPLO SULLE SFIDE DELLA PSICHIATRIA NEL NUOVO MILLENNIO

**74** Proposte per una riorganizzazione dell'attività Territoriale in Salute Mentale in Lombardia

**82** Le equipe per il trattamento dei disturbi mentali in età giovanile.

**87** Ipotesi di evoluzione del sistema residenziale psichiatrico Lombardo

**96** La gestione delle emergenze-urgenze psichiatriche e comportamentali

**101** Soggetti Autori di Reato con Patologia psichica

**104** La posizione della Società Scientifica sul tema Soggetti Autori di Reato con Patologia psichica

**110** Commenti da altre società scientifiche

# Appunti per l'integrazione tra servizi psichiatrici e delle dipendenze alla luce dell'ADHD

G. Zita\*, G. Migliarese\*\*

## INTRODUZIONE

La necessità di integrazione tra i servizi per le dipendenze e i servizi territoriali psichiatrici è stata al centro della riorganizzazione effettuata con la legge Regionale n. 15 del 2016 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo". La tematica è estremamente complessa, ha radici profonde e continua a offrire ampio spazio a riflessioni sia in ambito clinico che organizzativo.

Si osserva infatti una sempre maggior "contaminazione" delle manifestazioni cliniche e quindi una necessaria condivisione delle conoscenze: il paziente con doppia diagnosi accede frequentemente sia ai servizi per le urgenze sia ai servizi territoriali (Buckley and Brown, 2006) e l'utilizzo delle nuove sostanze d'abuso riguarda una fascia rilevante della popolazione giovanile con diagnosi psichiatrica (Acciavatti et al., 2017).

L'integrazione è pertanto necessaria per offrire interventi organici in situazioni che spesso appaiono complesse e caratterizzate da uno svariato numero di manifestazioni cliniche oltre che, frequentemente, da alterazioni del comportamento e, non marginalmente, da problematiche di ordine legale: queste situazioni, per la loro natura complessa e sfaccettata, stimolano il terapeuta a cercare nuove soluzioni al fine aumentare l'efficacia delle cure.

Basandoci sulla trasformazione dei bisogni dell'utenza si reputa importante effettuare una breve riflessione sulle modalità di interazione tra specialisti e tra servizi partendo da una condizione clinica paradigmatica come quella del paziente con specifica comorbidità tra Disturbo dell'Attenzione con Iperattività (ADHD) e Disturbo da Uso di Sostanze (SUD). Il paziente che presenta

comorbidità tra ADHD e SUD stimola i professionisti a definire nuove modalità di lavoro per massimizzare le competenze specialistiche su entrambi gli ambiti, al fine di favorire il più possibile l'accesso ai servizi e aumentare l'efficacia del trattamento.

In questi anni, come clinici che lavorano in ambito territoriale, abbiamo potuto effettuare alcune riflessioni e confrontarci frequentemente sulle modalità di approccio e cura di queste complesse situazioni.

## ALCUNI DATI

Numerosi lavori scientifici evidenziano l'elevato tasso di comorbidità tra l'ADHD nel soggetto adulto e un problema di SUD. Il legame è biunivoco ed estremamente significativo: l'ADHD è riscontrato nel 23-30% dei soggetti adulti affetti da SUD mentre il 10% dei soggetti con ADHD soddisfa i criteri diagnostici per SUD (Deberdt et al., 2015).

Già individuare la compresenza delle due condizioni pone una iniziale sfida diagnostica: la raccolta anamnestica approfondita deve essere seguita da una diagnosi differenziale che sappia valutare se una sintomatologia ADHD-like non sia in realtà secondaria all'utilizzo di sostanze. L'uso prolungato di sostanze è stato infatti associato a tutta una serie di alterazioni delle funzioni esecutive che possono persistere anche dopo settimane di astinenza mimando gli aspetti core dell'ADHD (Gould, 2010)(Verdejo-Garcia et al., 2019).

L'associazione tra ADHD e uso di sostanze influenza il decorso delle due condizioni identificando un sottogruppo di pazienti a maggior gravità clinica, più difficili da gestire a livello relazionale e spesso caratterizzati da peggiori prognosi. L'addiction tende infatti ad esacerbare i sintomi strutturali dell'ADHD (quali la tendenza alla disorganizzazione, l'impulsività, la disattenzione) che, a loro volta, rendono il paziente poco aderente ai percorsi di trattamento per le dipendenze, alimentando così un circolo vizioso (Juárez et al., 2018).

Nonostante l'elevata compresenza delle due condizioni e la loro rilevanza clinica il rischio di trattare esclusiva-

mente una delle due condizioni misconoscendo l'altra è elevato, in quanto vi sono ancora significative carenze sia a livello diagnostico sia nell'offerta degli interventi terapeutici. Tale aspetto problematico non riguarda esclusivamente l'ADHD e le dipendenze ma anche altre forme di comorbidità e suggerisce di effettuare alcune riflessioni sia relativamente alla fase diagnostica che a quella trattamentale.

## RIFLESSIONI SULL'INTEGRAZIONE IN AMBITO DIAGNOSTICO

In un'ottica di lavoro integrato reputiamo che vada globalmente promosso un percorso di valutazione delle comorbidità, implementando protocolli di intesa tra psichiatria e servizi per le dipendenze che agevolino l'invio, la condivisione e il monitoraggio dell'utenza.

Per questo nei Servizi Psichiatrici, in presenza di condizioni cliniche caratterizzata da elevata sovrapposizione epidemiologica con fenomeni di dipendenza (ad es. ADHD, dist. bipolare, dist. Borderline ecc), dovrebbe essere posta una attenzione specifica al riconoscimento e alla valutazione non solo delle dipendenze conclamate da sostanze ma al problema della *addiction* in generale, al fine di implementare la sensibilità nel riconoscere il fenomeno; questo aspetto, se non riconosciuto per tempo, è in grado di influenzare il trattamento e impattare in modo significativo sull'outcome.

Gli aspetti legati ad una eventuale dipendenza patologica andrebbero quindi approfonditi in ambito clinico prevedendo di includere nello spettro di ricerca domande relative all'abuso di cannabis, alcool, nuove sostanze d'abuso (NPS), sostanze meno note e sulle *addiction* comportamentali: in questo periodo storico in particolare è importante sondare anche l'eventuale presenza di un problema con il gioco d'azzardo, con l'uso delle nuove tecnologie o internet. L'iter diagnostico potrebbe essere favorito dall'utilizzo routinario di test specifici in situazioni cliniche in cui le dipendenze mostrano un rilevante peso epidemiologico.

Una valutazione approfondita del rischio di dipendenza andrebbe sempre compiuta su pazienti con una diagnosi

pregressa o attuale di ADHD in quanto la *misdiagnosi* di tale aspetto impatta significativamente il percorso di trattamento, aumentando i rischi associati al *misuso* di farmaci e peggiorando l'outcome. L'attenzione ai fenomeni di *addiction* è necessaria in questi pazienti soprattutto nel corso della raccolta anamnestica, aspetto centrale anche della valutazione diagnostica relativa all'ADHD, che potrebbe avvalersi di strumenti di semplice utilizzo, come ad esempio il questionario CRAFFT per i giovani che si è rivelato utile in molti contesti di cura (Knight et al., 2007).

Andrebbe facilitato l'invio per una valutazione più specifica presso un servizio per le dipendenze attraverso la costituzione di protocolli/procedure di intesa intra-aziendali. Tali protocolli velocizzerebbero alcune valutazioni anche in condizioni caratterizzate da fenomeni di uso di sostanze non ancora strutturati o di dipendenze comportamentali con solo parziale impatto sul funzionamento del soggetto, preminentemente in alcune fasce più a rischio della popolazione quali quelle giovanili.

Presso i Servizi per le Dipendenze reputiamo che dovrebbero essere promosse modalità routinarie di screening per individuare le patologie psichiatriche frequentemente comorbili, potenziando la fase di valutazione delle psicopatologie. Sarebbe idoneo individuare gli strumenti e i test che rilevano le condizioni epidemiologicamente più frequenti e che suggeriscono la necessità di un'attenzione clinica specifica (Rösler et al., 2006). Pensiamo che una procedura interna di screening che utilizzi strumenti specifici e una raccolta anamnestica orientata anche all'approfondimento del funzionamento precoce del soggetto, ovvero precedente rispetto all'inizio delle condotte d'abuso, sia estremamente utile. Nello screening per la valutazione di ADHD nei SerD suggeriamo di coinvolgere in primis fasce di pazienti ad "alto rischio" che possono includere gli adolescenti, gli utilizzatori di stimolanti, i soggetti che utilizzano sostanze al fine di rallentare il flusso dei pensieri e i portatori di problemi attentivi e impulsivi. Presso i servizi per le dipendenze, ad esempio, potrebbe

essere utile effettuare uno screening con la “Adult Self Report Scale” (ASRS) su tutti i pazienti che si presentano per un problema con sostanze stimolanti o THC. Ad un riscontro positivo andrebbe successivamente effettuato un colloquio clinico mirato e somministrata la “Wender-Utah Rating Scale” (WURS) per confermare il sospetto diagnostico: in caso di conferma il paziente necessita di un approfondimento diagnostico specifico. Questo iter, potrebbe rivelarsi un buon paradigma di riferimento ed essere valido in tutte le condizioni cliniche caratterizzate da elevata comorbidità con uso di sostanze o dipendenze comportamentali. Anche in questo caso è importante la costituzione di protocolli di intesa intra-aziendali che semplifichino e velocizzino lo scambio di informazioni tra i servizi coinvolti.

## **RIFLESSIONI SULL'INTEGRAZIONE IN AMBITO TERAPEUTICO**

Anche a livello trattamentale, alla luce dell'esperienza legata a pazienti con comorbidità ADHD-SUD, si possono ad oggi fare alcune riflessioni. Se infatti è già complesso valutare correttamente i problemi legati alle comorbidità, risulta ancora più difficile condividere realmente tra servizi con diverse modalità di approccio clinico un trattamento integrato efficace. Sugeriamo quindi che i DSMD favoriscano la stesura di procedure interne tra i servizi psichiatrici e delle dipendenze, al fine di individuare e condividere modalità di intervento standardizzate.

Reputiamo importante che il paziente con doppia diagnosi possa essere seguito dai servizi in maniera coordinata, garantendo interventi concomitanti che assumano priorità clinica in base alle condizioni evidenziate e al problema in quel momento prevalente, ma che non rimanga di esclusiva pertinenza di uno solo dei servizi. Nel caso dell'ADHD questo è estremamente rilevante. Come abbiamo scritto anche in precedenza è importante che il soggetto con SUD e ADHD sia preso in carico contemporaneamente dagli specialisti

(o dai servizi) che si occupano dei due disturbi, al fine di gestire in maniera ottimale e coordinata l'evoluzione della patologia. L'impegno dei curanti può essere modulato nel tempo in relazione all'andamento clinico delle due condizioni, così che in alcune fasi del trattamento possono risultare prevalenti le necessità di intervento connesse all'uso di sostanze mentre in altre fasi quelle mirate al funzionamento disorganizzato, disattentivo e impulsivo di base (Migliarese and Zita, 2020).

Una gestione realmente condivisa necessita di alcuni passi fondamentali: condivisione di informazioni, confronto clinico, accordi specifici sugli aspetti su cui concentrare gli interventi terapeutici, modalità di gestione delle varie fasi di malattia. È inoltre importante che vengano condivise le priorità, attribuendo nel tempo alle diverse equipe la titolarità degli interventi motivazionali, psicoeducativi e psicologici e trovando modalità idonee per la gestione delle terapie farmacologiche e il controllo dei comportamenti di addiction. Perché questo possa avvenire è necessario favorire nuove modalità di interazione tra specialisti: gruppi di lavoro interdisciplinari, gruppi multidisciplinari per la redazione di procedure in comune tra i servizi, formazione unitaria sulle più frequenti patologie comorbili, equipe per la condivisione dei casi, attività riabilitative condivise dovrebbero essere favorite e diventare parte dell'attività routinaria del DSMD.

## **RIFLESSIONI SULLA RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI**

Se l'integrazione diagnostica e terapeutica può essere favorita da “nuove modalità di interazione tra specialisti” è innegabile sottolineare che un ruolo fondamentale e irrinunciabile coinvolge la ridefinizione degli assetti organizzativi e gli investimenti su strumentazioni necessarie per favorire uno scambio semplice e immediato di informazioni. Si tratterebbe, ad esempio, di riuscire a uniformare le modalità di registrazione e valutazione della psichiatria e delle dipendenze, di fare riferimento a sistemi informatici che possano interfacciarsi tra di loro più agilmente e di poter

ottenere informazioni cliniche senza ricorrere esclusivamente a supporti cartacei, investendo, anche sulla scorta dello stato emergenziale correlato al COVID, su una reale e profonda informatizzazione dei servizi e delle cartelle cliniche.

Infine, relativamente agli aspetti organizzativi, è necessaria una breve riflessione sull'importanza di centri di secondo livello dedicati alle forme psicopatologiche che richiedono competenze super-specialistiche (ad es. l'ADHD, ma anche ambulatori per la diagnosi e il trattamento dei disturbi bipolari o centri per i gravi disturbi di personalità). Tali centri dovrebbero permettere di effettuare diagnosi puntuali e di impostare terapie specifiche oltre a fornire consulenze nel percorso di trattamento e si potrebbero porre come ulteriore vertice in un percorso di cura condiviso, interfacciandosi con servizi di primo livello. La mappatura di questi servizi dovrebbe essere disponibile sia ai servizi territoriali psichiatrici che a quelli delle dipendenze in modo che procedure di collaborazione possano essere predefinite prima dell'intervento clinico specifico sul singolo caso. L'avvio di procedure standardizzate di collaborazione in questo senso aiuterebbe a ridurre il rischio di dropout che risulta frequentemente elevato in pazienti con comorbidità tra psicopatologia e uso di sostanze, soprattutto tra i più giovani.

Crediamo che questi aspetti clinici e organizzativi, che nascono dal riconoscimento di un profondo cambiamento dell'utenza e delle richieste ai servizi, debbano essere attentamente considerati nella definizione degli obiettivi dei DSMD e anche, in un'ottica più allargata, nella stesura del nuovo piano regionale per la Salute Mentale di Regione Lombardia. Le esperienze derivate dalla gestione del paziente affetto da comorbidità *ADHD-Addiction* possono rappresentare un buon paradigma di riferimento e potrebbero essere una buona base di riflessione da cui partire.

---

#### AFFERENZA DEGLI AUTORI

\* *irigente medico, Responsabile UOS SerD-Canzio, ASST FBF-Sacco, Milano*

\*\* *dirigente medico, Responsabile UOC Psichiatria 59 Lomellina, ASST Pavia*

#### BIBLIOGRAFIA

1. Acciavatti, T., Lupi, M., Santacroce, R., Aguglia, A., Attademo, L., Bandini, L., Ciambone, P., Lisi, G., Migliarese, G., Pinna, F., et al. (2017). *Novel psychoactive substance consumption is more represented in bipolar disorder than in psychotic disorders: A multicenter-observational study*. *Hum. Psychopharmacol. Clin. Exp.* 32, e2578.
2. Buckley, P.F., and Brown, E.S. (2006). *Prevalence and consequences of dual diagnosis*. *J. Clin. Psychiatry* 67, e01.
3. Deberdt, W., Thome, J., Lebrec, J., Kraemer, S., Fregenal, I., Ramos-Quiroga, J.A., and Arif, M. (2015). *Prevalence of ADHD in nonpsychotic adult psychiatric care (ADPSYC): A multinational cross-sectional study in Europe*. *BMC Psychiatry* 15, 242.
4. Gould, T.J. (2010). *Addiction and cognition*. *Addict. Sci. Clin. Pract.* 5, 4-14.
5. Juárez, C., Molina-Jiménez, T., Morin, J.-P., Roldán-Roldán, G., and Zepeda, R. (2018). *Influence of Drugs on Cognitive Functions*.
6. Knight, J.R., Harris, S.K., Sherritt, L., Van Hook, S., Lawrence, N., Brooks, T., Carey, P., Kossack, R., and Kulig, J. (2007). *Prevalence of positive substance abuse screen results among adolescent primary care patients*. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 161, 1035-1041.
7. Migliarese, G., and Zita, G. (2020). *ADHD e Disturbo da Uso di Sostanze*. *Psichiatria Oggi Anno XXXII*.
8. Rösler, M., Retz, W., Thome, J., Schneider, M., Stieglitz, R.-D., and Falkai, P. (2006). *Psychopathological rating scales for diagnostic use in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)*. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 256 Suppl 1, i3-11.
9. Verdejo-Garcia, A., Garcia-Fernandez, G., and Dom, G. (2019). *Cognition and addiction*. *Dialogues Clin. Neurosci.* 21, 281-290.

## COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo [redazione@psichiatriaoggi.it](mailto:redazione@psichiatriaoggi.it)

### NORME EDITORIALI

**Lunghezza articoli:** da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

**Cartella:** Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

**Ogni articolo deve contenere nell'ordine:**

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
  1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail [redazione@psichiatriaoggi.it](mailto:redazione@psichiatriaoggi.it) in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



**SIP-Lo**

Sezione Regionale Lombardia  
della Società Italiana di Psichiatria

#### **Presidenti:**

Mauro Percudani e Massimo Clerici

#### **Segretario:**

Carlo Fraticelli

#### **Vice-Segretario:**

Giovanni Migliarese

#### **Tesoriere:**

Gianluigi Tomaselli

#### **Consiglieri eletti:**

Mario Ballantini  
Franco Spinogatti  
Gianmarco Giobbio  
Luisa Aroasio  
Carla Morganti  
Federico Durbano  
Alessandro Grecchi  
Camilla Callegari  
Antonio Magnani  
Laura Novel  
Pasquale Campajola  
Giancarlo Belloni  
Marco Toscano  
Antonio Amatulli  
Caterina Viganò

#### **RAPPRESENTANTI**

##### **Sezione "Giovani Psichiatri":**

Francesco Bartoli  
Giacomo D'Este  
Filippo Dragona  
Claudia Palumbo  
Lorenzo Mosca  
Matteo Rocchetti

##### **Membri di diritto:**

Claudio Mencacci  
Giancarlo Cerveri  
Emi Bondi  
Pierluigi Politi  
Emilio Sacchetti

##### **Consiglieri Permanenti:**

Alberto Giannelli  
Simone Vender  
Antonio Vita  
Giuseppe Biffi  
Massimo Rabboni