



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.

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

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

MELANCONIA IN TEMPO DI COVID-19:

Attualità della lezione di h. Tellenbach

Grecchi Alessandro, Beraldo Scilla*,
Maresca Gemma**, Miragoli Paolo°*

“Ognuno può essere malato, ma soltanto di ciò che appartiene alla sua Physis e soltanto quando l'elemento determinante della sua propria natura diventa autonomo ed in questo modo eccessivo”

Szilasi

INTRODUZIONE

L'emergenza sanitaria legata alla pandemia da Covid-19 ha rappresentato una situazione di rischio per lo sviluppo di una psicopatologia.

Alla luce della teoria di H. Tellenbach riportiamo tre casi clinici di melanconia (con gravità crescente), incontrati in SPDC tra marzo e luglio 2020, legati al periodo di lockdown.

PRINCIPI DELLA TEORIA DI H. TELLENBACH

L'assenza di una chiara eziologia somatica e l'incomprensibilità psicologica della melanconia nella sua comparsa come nei suoi contenuti hanno orientato la psicopatologia clinica a considerarla una psicosi endogena (Tatossian, 1979).

In psichiatria l'endogeno compare come terzo campo causale accanto alla somatogenesi e alla psicogenesi, esso è comparabile alla Physis dei Greci ed al concetto di Natura di Goethe, e indica un tratto basilico, un a-priori, che si presenta in una correlazione che non è nell'ordine della casualità ma della risonanza con il Mondo (Mecheler, 1963, Tellenbach, 1961, Ambrosini A, 2011) costituendo un campo che è nello stesso tempo metapsicologico e metasomatologico (Tatossian, 1979).

Fra le manifestazioni dell'*endogeno*, primo asse su cui si articola la teoria della patogenesi della melanconia di

Tellenbach, si situano i fenomeni ritmici della vita (ritmico), i fenomeni propri del movimento (cinesi), il carattere globale della trasformazione psicotica, il legame di queste con i livelli di maturazione individuale e la reversibilità almeno iniziale dei fenomeni.

Esso appare sotto la forma di *tipi specifici*, secondo asse, caratterizzati ognuno da una particolare apertura al Mondo inter-umano e ed alla Natura e dunque da una sensibilità specifica e non consapevole per certe situazioni. Così quando un Tipo incontra la situazione verso la quale è specificatamente vulnerabile e a cui non può sottrarsi sviluppa un disturbo psichico.

Il Tipo va quindi considerato in una potenzialità selettiva che riceve soltanto ciò che gli corrisponde (Tellenbach, 1961).

Nel nostro specifico il Typus Melancholicus (TM) è costituito da una struttura che inclina verso il campo gravitazionale della Melanconia poiché, essendo organizzato attorno ad una carenza di fiducia di base, aderisce rigidamente a modelli ideali di comportamento che gli consentono di mantenere l'identità in definite relazioni di ruolo ma che, nello stesso tempo, circoscrivono la sua esistenza e gli precludono la capacità di adattarsi a cambiamenti esistenziali. Lavorando sempre al massimo dell'efficienza, nel bisogno costante di assolvere ai propri obiettivi senza trascurare né rimandare nulla rivela dei potenziali pre-depressivi che sono l'includenza e la rimanenza.

L'includenza consiste nella pianificazione ordinata della propria vita e costituisce uno stile protettivo ma autolimitante.

La rimanenza ne minaccia la temporalità imponendogli il vissuto di rimanere indietro rispetto alle proprie aspettative rendendolo dominato più che dalla struttura della colpa melanconica dall'essere in debito come momento decisivo.

Il fallimento delle possibilità adattative rende il TM suscettibile di una trasformazione endocinetica del vissuto fino alle diverse forme della melanconia clinica (Kraus A, 2001).

Il terzo asse è la Situazione. In psicopatologia le situazioni sono relazioni dinamiche originarie tra persona e Mondo, non sono né coscienti né inconse ma vissute. La nozione di situagenesi rimpiazza in molte condizioni psicopatologiche la psicogenesi e la somatogenesi. In Tellenbach questa definizione ha il pregio di mettere in evidenza l'inaccessibilità strutturale di determinate persone al cambiamento di situazione. Essa non si rapporta al disturbo ma scatena una trasformazione strutturale del soggetto ed il farsi tema di determinati contenuti o riferimenti biografici (Tellenbach, 1961, Tatossian 1979).

CASO CLINICO N.1

A metà marzo 2020, a pochi giorni dalle misure di lockdown imposte dalla pandemia di Covid-19, accede presso il Pronto Soccorso (PS) del nostro Presidio Ospedaliero una ragazza di 25 anni in una condizione di acuzie. I Servizi di urgenza erano intervenuti per un tentativo di defenestramento sulla base di una condizione di disperazione espressa in modo totalmente disorganizzato.

In PS presentava un pensiero incoerente e non critico sull'accaduto. Oscillava fra momenti di sintonia e chiarezza ad altri di frammentazione con aspetti catatonoidi. Accettava passivamente il ricovero. Tossicologico ed esami strumentali negativi.

La paziente si era da poche settimane trasferita a Milano dal sud Italia per frequentare un Master Universitario. A Milano, dove già viveva e lavorava il fratello, aveva affittato una stanza in un appartamento in condivisione con altri studenti provenienti da varie Regioni italiane.

Anamnesi psichiatrica muta. Dai famigliari veniva descritta come una studentessa modello, seria, diligente, scrupolosa, organizzata, con poche e solide relazioni, dedicata alla famiglia e al prossimo. Era alla prima esperienza autonoma lontano dai genitori.

Poco prima di trasferirsi a Milano aveva frequentato alcune sedute psicologiche per gestire la preoccupazione del trasferimento.

I coinquilini erano tornati nelle loro città a poche

ore dal lockdown. La paziente si era così trovata sola in casa a proseguire il Master in videoconferenza. Gli unici contatti telefonici erano con il fratello e i genitori.

Durante la degenza la paziente descriveva come sintomi prodromici una progressiva alterazione dei ritmi circadiani con la tendenza a rimanere sveglia di notte e a letto fino a tarda mattina, una sempre maggiore difficoltà nello svolgere gli elaborati richiesti dal corso con un incremento del tempo dedicato e la percezione di non riuscire mai a corrispondere alle attese proprie, dei famigliari e dei docenti fino alla comparsa di ansia ingravante, di uno stato di allarme, di timori di fallimento e fenomeni di blocco. Il fratello, allarmato dalla situazione, si era recato a casa della sorella per rimanervi assistendo ad una progressiva disorganizzazione fino al tentativo di defenestramento.

All'inizio del ricovero si evidenziava una disorganizzazione comportamentale con aspetti di blocco e di eccitazione, un delirio di colpa e indegnità congruo ad una depressione del tono dell'umore espresso con un eloquio incomprensibile e, in alcuni momenti, incoerente.

Trattata con bassi dosaggi di atipico e benzodiazepine si assisteva ad una remissione della sintomatologia tanto da permettere la dimissione e di programmare il rientro presso la famiglia d'origine.

CASO CLINICO N.2

A metà aprile 2020 giungeva presso il Nostro PS un ragazzo di 26 anni al primo anno di Master Universitario per una condizione acuta caratterizzata da dissintonia, disorganizzazione pressoché totale, delirio malstrutturato con contenuti cangianti di colpa, vergogna, megalomaniaci, persecutori, genealogici e di contaminazione ed un umore disforico e variabile dal riso al pianto. Accettava passivamente il ricovero in SPDC. Tossicologici ed esami strumentali erano negativi.

Il paziente trasferitosi da poco a vivere da solo aveva una vita sociale piena, attiva, e veniva descritto dai famigliari come buon studente, attento, scrupoloso, con

una larvata preoccupazione per le malattie. L'anamnesi psichiatrica personale e familiare risultava negativa. Una particolarità riguardava il padre, medico di medicina generale, a partire dal cui lavoro svilupperà tematiche deliranti di contaminazione.

Le misure di lockdown avevano repentinamente stravolto la routine del paziente portandolo all'isolamento, alla percezione di non riuscire più a corrispondere alle richieste dei docenti, dei familiari e degli amici, ad un sovrainvestimento poco fruttuoso nell'attività didattica e ad una progressiva alterazione dei ritmi circadiani fino a sviluppare una grave insonnia. Aveva perso progressivamente peso, presentava un affaccendamento afinalistico e iniziava a sviluppare interpretatività patologica rispetto ai compagni di corso verosimilmente secondaria a vissuti di vergogna e incapacità. Parallelamente l'emergenza sempre più grave correlata al Covid-19 plasmava un delirio di contaminazione e emergeva uno stato di allarme per la sorte dei genitori. Il progressivo acuirsi della condizione psicopatologica, celato dalla condizione di solitudine ed isolamento e inizialmente dissimulato ai genitori telefonicamente, portava ad una completa frammentazione del paziente tale per cui i familiari attivavano il percorso di urgenza.

All'ingresso in reparto si presentava confuso, disorganizzato (si denudava, confondeva le camere, parlava di sé in prima e in terza persona inglesizzando il proprio nome) e allarmato.

L'introduzione di benzodiazepine e di antipsicotici atipici a basso dosaggio permetteva un progressiva riduzione della sintomatologia fino alla completa restituito ad integrum.

CASO CLINICO N.3

A metà luglio 2020 il paziente, di 54 anni, veniva inviato in urgenza in PS da un collega psichiatra che lo aveva visitato privatamente per un quadro psicopatologico caratterizzato da tematiche ipocondriache e di rovina deliranti, dissociazione ideo-affettiva, disorganizzazio-

ne concettuale, perplessità con sviluppo di pensiero di omicidio-suicidio relativo a se stesso e alla figlia portato quasi a compimento nei giorni precedenti al ricovero. Da tempo descritta insonnia.

Accettava il ricovero senza comprenderne a fondo la necessità.

L'anamnesi psicopatologica vedeva un precedente contatto privato nel 2001 per sintomatologia ansioso-depressiva e un periodo di cura tra il 2018-19 per generico disturbo dell'umore. Nelle settimane precedenti al ricovero aveva iniziato un percorso psicologico.

Nella storia clinica presentava un distacco di retina post traumatico nel 2011 e una fascite plantare bilaterale che rappresenterà un fattore critico nello sviluppo del quadro psicopatologico acuto.

La figlia si 14 anni soffriva di osteocondrosi ad entrambi i piedi che ne ha limitavano alcune attività comuni per i coetanei. Descritte difficoltà di fecondazione.

Dalla moglie veniva descritto come lavoratore scrupoloso e padre amorevole.

Lui stesso descriverà un forte senso di responsabilità rispetto alla figlia ed una dedizione completa a lei (trascorrono assieme molto tempo, leggono, cercano punti in comune, il padre si occupa dei rapporti con la scuola etc).

Esami ematici ed ECG all'ingresso nei limiti.

Indagine di RM encefalo non mostrava reperti di significato patologico.

Nel periodo di lockdown il paziente aveva presentato una riacutizzazione della fascite plantare per la quale non poté rivolgersi ai propri curanti date le restrizioni del periodo.

Il dolore e le difficoltà di deambulazione erano progressivamente diventate il tema principale del paziente con sviluppo di ideazione prevalente e angoscia. Nelle settimane successive sviluppava connessioni con la situazione clinica della figlia con un immedesimarsi nelle sue difficoltà motorie. Questo tema si assolutizzava fino alla conferma che per la figlia non sarebbe mai possibile un'esistenza normale. Subentrava, allora,

allarme, affaccendamento, la ricerca e il programmare numerosi consulti non appena terminato il lockdown. Ogni consulto ortopedico per la figlia originava in lui nuove conferme circa il proprio pensiero che arrivava ad assumere un'intensità delirante congrua ad un umore descritto come gravemente deflesso. L'insonnia si fa sempre più importante con almanaccamento notturno alla ricerca di una soluzione che il paziente realizzava nel fine vita della figlia e proprio.

La sera prima del ricovero e dell'incontro con la psichiatra che lo invierà in PS veniva "scoperto" dalla moglie aggirarsi attorno al letto della figlia con un cuscino in mano in un verosimile stato dissociativo.

Lo stesso non riuscirà mai completamente a ricordare o descrivere se abbia premuto il cuscino sul volto della figlia e questo, nei primi giorni di ricovero, costituirà un dubbio angosciante.

L'impostazione di terapia con antidepressivi e antipsicotici di seconda generazione (pine) ha consentito di riprendere un regolare ritmo sonno-veglia e successivamente al recupero della sintonia e di un pensiero più organizzato. Alle dimissioni anche l'umore appariva in asse. Progettuale e disponibile rispetto alla prosecuzione delle cure ambulatoriali.

DISCUSSIONE

Quello che ci appare, a posteriori, dalla valutazione dei casi, a fronte di tratti comuni in fase prodromica e acuta, è che sia avvenuto proprio nella regione dell'endogeno l'evento fondamentale che ha condotto, evolvendo da una situazione pre-depressiva caratterizzata da un'incertezza profonda e l'ossessione del dubbio, alla melanconia.

In tutti si poteva ritrovare una personalità premorbosa con caratteristiche che ricordano il TM.

In loro vediamo una disposizione all'ordine, che è il tratto essenziale che regola il rapporto con il quotidiano e con il prossimo, un'attitudine alla diligenza, alla scrupolosità, ad una coscienza del dovere, al desiderio di mantenere l'ambiente libero da forme di colpevolezza e di

conflittualità, alla socievolezza e all'altruismo, al rispetto delle gerarchie e ad una tendenza ad aspettative elevate circa le proprie prestazioni sia in senso qualitativo che quantitativo per il loro valore sociale.

L'evento del lockdown si è configurato come situazione in grado di distruggere l'ordinatezza dei pazienti e di attivare il vissuto di debito rispetto alle aspettative autoimposte per il mantenimento del ruolo sociale e familiare.

La situazione pre-depressiva immergendo così il TM nella sua contraddittorietà ha suscitato l'endocinesi melanconica.

Lo iato tra la situazione pre-melanconica e quella melanconica iniziale, inaccessibile ad una comprensione psicologica e antropologica, è l'istante in cui è intervenuto l'endogeno (Tellenbach, 1973).

Questo, nei nostri casi, si esprime attraverso l'alterazione del ritmico con il disturbo del ritmo sonno-veglia, l'interruzione dell'esigenza di nutrimento e sessuale e l'alterazione della cinesi con un'alternanza di eccitazione e stupore nello stesso giorno simile a ciò che accade nelle catatonie periodiche, trasformazione qualitativa che Janzarik (Janzarik, 1959) descrive come "un angosciato eccitamento in una corsa a vuoto che dura mesi".

La percezione di una modificazione globale del modo di essere del melanconico si evidenzia, già dal primo contatto in PS, con l'esperienza atmosferica di inaridimento e deperimento del vissuto che alcuni autori pongono allo stesso livello della Praecoexgeful di Rumke (Rumke, 1958).

CONCLUSIONE

Le ipotesi diagnostiche sono oscillate tra bouffée deliranti, episodi psicotici brevi, psicosi affettive e forme melanconiche.

L'esercizio speculativo sui casi descritti, coscienti del valore puramente aneddótico, ci ha permesso di riflettere oltre che sulle analogie sintomatologiche e di esperienze di vita anche sulle sovrapposizioni in ordine ai tratti premorbosi e al loro incontrarsi con situazioni specifiche

per la persona e sull'evoluzione benigna orientando il pensiero clinico verso una forma melanconica endogena.

Il costrutto teorico di Tellenbach ci è apparso, per la sua articolata e d originale formulazione esplicativa sulla patogenesi di alcune forme melanconiche, adeguato a leggere la psicopatologia presentata e ad orientare il programma terapeutico e ancora fecondo per fornire una cornice esplicativa a forme cliniche particolarmente severe.

BIBLIOGRAFIA

1. Tatossian A., *La phénoménologie des psychoses*. Masson, Paris, 1979. Ed. It. Giovanni Fioriti Editori, 2003.
2. Mechler A., *Degeneration und Endogenen*. Nervenarzt, 34, 219. 1963.
3. Tellenbach H., *Melancholie. Problemgeschichte, Endogenität, Typologie, Pathogenese, Klinik*. Sprenger-Verlag Berlin Heidelberg 1961. Ed. It. Il Pensiero Scientifico Editore, 2015.
4. Ambrosini A., Stanghellini G., Langer A.I., *Typus Melancholicus from Tellenbach up to the present day: a review about the premorbid personality vulnerable to melancholia*. Actas Esp Psiquiatr, 2011; 39(5):302-11.
5. Kraus A., *Phenomenological anthropological psychiatry*. Contemporary psychiatry, Springer-Verlag, Berlin, Vol 1, 2001
6. Rumke H.C., *Die Klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenien*. Nervenarzt 29:49, 1958.

AFFERENZA DEGLI AUTORI:

*Psichiatra,

** Psichiatra Responsabile SPDC,

°Psichiatra Responsabile FF Unità Operativa Complessa

DSMD

ASST Santi Paolo e Carlo

Presidio Ospedaliero San Carlo Borromeo

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 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 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