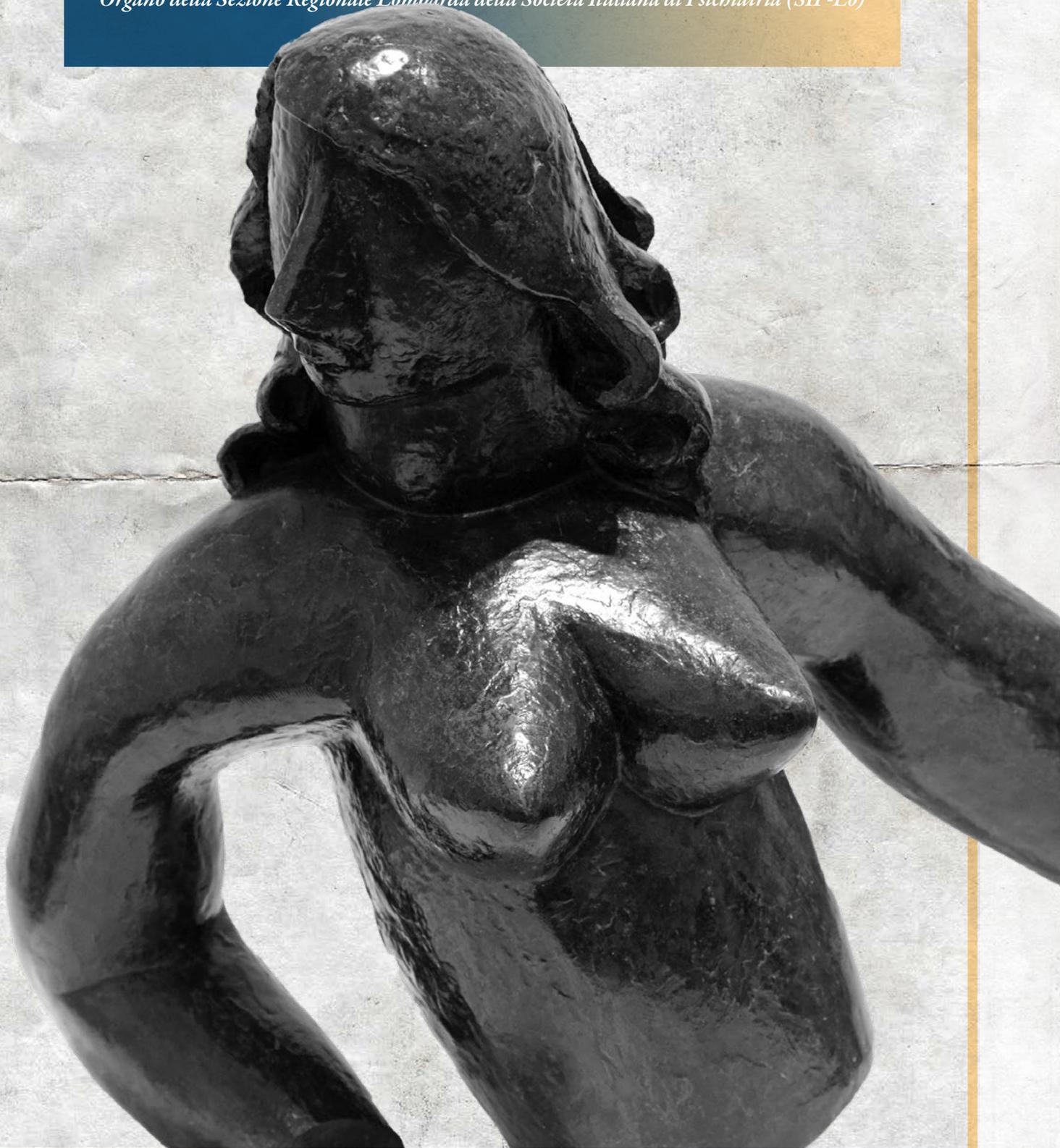




# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

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





# SOMMARIO

Anno XXXIV • n. 1 • gennaio–giugno

## 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 Aroasio (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 stabilito dalla 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.

### IN PRIMO PIANO

- 3** Siamo responsabili dei nostri sogni?  
di Giannelli A.
- 14** Una particolare attenzione all'ansia ai tempi del Covid-19  
di Cerveri G.
- 19** Tracciare la solitudine nel post Sindemia  
di Mencacci C.

### RECENSIONI

- 21** I grandi pensieri vengono dal cuore  
*Educare all'ascolto*  
di Giannelli A.

### SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

- 23** Il Progetto innovativo TR65  
*Budget di salute dell'ASST Pavia*  
di Abbiati V., Marraffini E., Aroasio P.L., Migliarese G., Politi P.
- 30** Study skills e intervento precoce  
di Amato L., Flauto S., Tirelli V., Meneghelli A., Monzani E.
- 35** Suonare per curare: il gruppo musica in riabilitazione psichiatrica  
*L'esperienza riabilitativa musical-letteraria nel vivere il tempo "so-speso" del primo lockdown*  
di Besana F., D'Amato M., Tanzi A., Silva A., Rocchetti M., Farinella E., Politi P.
- 46** La personalizzazione della cura nella schizofrenia  
*Un caso clinico*  
di Cusi L., Porcellana M., Morganti C., Percudani M.
- 53** I percorsi dell'urgenza  
*Rilevazione dell'intervento urgente psichiatrico presso il DEA del P.O. San Carlo Borromeo nel corso della seconda ondata della pandemia da COVID-19*  
di Grecchi A., Beraldo S., Maresca G., Martini A., Ferrarini F., Fui E., Faraci G., Santini A., Petri E., Salvaggio F., Tisi G., Gallotti P., Colombo M., Carozzi A., Magnolfi V., Candotti S., Ranieri R., Sileoni A., Miragoli P.

- 60** Psichiatria e migrazione  
*Dal riconoscimento della vulnerabilità all'accompagnamento alla cura di pazienti migranti, richiedenti asilo e vittime di tortura*  
di Marzagalia M., Calatroni R., Zanobio A., Cardullo A., Contini M., Curia M., Mosca L., Ruffetta C., Stirone V., Percudani M.

- 72** L'esperienza di una struttura residenziale riabilitativa di ASST Lariana in Appiano Gentile dedicata ai giovani adulti  
*Gli interventi e gli esiti*  
di Molinari G., Alamia A., Di Noia M.P., Menni A., Pini M., Di Leva A., Brambilla M., Casarin N., Cominardi S., Fraticelli C.

- 80** Nuovi orientamenti della contenzione fisica nei servizi psichiatrici italiani  
*crocevia di una rivoluzione silenziosa*  
di Nichini C., Alecci E.

- 91** Insorgenza di disturbi psichiatrici in pazienti ospedalizzati per infezione da SARS COV-2  
di Paletta S., Bonizzoni M., Vercesi M., Grasso F., Bertorello A., Grassi S., Cerveri G.

- 99** Recovery in psichiatria  
di Vaccaro A.G., Mencacci C.

### PSICHIATRIA FORENSE

- 115** La prescrizione farmacologica OFF LABEL in psichiatria  
di Mantovani R. e Mantovani L.

### LA RICERCA INFERMIERISTICA IN SALUTE MENTALE

- 117** L'intelligenza emotiva degli infermieri e la soddisfazione dell'utente nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura  
*Studio osservazionale*  
di Iacometti G., Parini A.M., Frediani G., Moro C.

IN COPERTINA: *Baigneuse (fragment)*, Henri Laurens, 1931  
Collezione Tate Modern

© Marie-Lan Nguyen / Wikimedia Commons / CC-BY 2.5

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)

## I percorsi dell'urgenza

### *Rilevazione dell'intervento urgente psichiatrico presso il DEA del P.O. San Carlo Borromeo nel corso della seconda ondata della pandemia da COVID-19*

*Grecchi Alessandro\*, Beraldo Scilla\*,  
Maresca Gemma°, Martini Alma\*,  
Ferrarini Franco\*, Fui Erika\*, Faraci Gloria\*,  
Santini Annalisa\*, Petri Eleonora\*,  
Salvaggio Fabio\*, Tisi Giuseppe\*, Gallotti Paolo\*,  
Colombo Manuela\*, Carozzi Alessandro\*,  
Magnolfi Valeria\*, Candotti Sarah\*,  
Ranieri Rebecca\*, Sileoni Andrea\*, Miragoli Paolo\*\**

#### INTRODUZIONE

L'area dell'urgenza in psichiatria assume un'importanza rilevante per l'allargamento dei confini della psichiatria tradizionale con una sempre maggior tendenza a sfumare i confini del normale e del patologico.

L'acuzie psichiatrica deve essere considerata un'urgenza medica a tutti gli effetti (Mistura, 2003; Hillard et al, 2005; APA, 2003). Ciò non significa valutare esclusivamente da un punto di vista medico il paziente prima di attivare una consulenza psichiatrica, come raccomandato da più autori (Hillard et al, 2005; Mistura, 2003), ma organizzare protocolli di intesa con i Servizi dedicati (DEA, 118, etc.) riguardanti la committenza, il triage e la valutazione come per le altre specialità.

La capacità di affrontare situazioni di acuzie psichiatrica è diventato, infatti, un elemento chiave di tutti i programmi di Salute Mentale laddove i Servizi di Emergenza degli ospedali generali delle grandi città sono sempre più sommersi da richieste di interventi urgenti sia per pazienti psichiatrici già noti in fase acuta (urgenza psichiatrica) sia per una serie di disturbi che sono connessi all'abuso di sostanze e a problemi sociali (urgenza pseudopsichiatrica).

La condizione pandemica ha inoltre stressato i Pronto Soccorso sia sul piano organizzativo (costringendo ad una costante riorganizzazione per fronteggiare l'accesso dei

pazienti con complicazioni da infezione COVID-19) che sul piano dell'utenza (necessità di garantire il servizio di risposta all'urgenza).

Il Nostro Ospedale presenta la peculiarità della presenza di una guardia attiva psi-chiatrica nelle 24 con funzione di accettazione diretta del paziente acuto che determina una funzione pivotale nella gestione e definizione clinico-terapeutica di quadri ad espressione psichico-comportamentale ma di origine non determinabile all'atto del triage.

L'obiettivo dell'attuale rilevazione, attuata attraverso un'apposita scheda di raccolta dati (allegato 1), è la descrizione preliminare dei percorsi dell'urgenza psichiatrica nel nostro DEA al fine di un suo possibile utilizzo per la definizione di protocolli d'intesa in un periodo di incertezza organizzativa legata alla pandemia.

La rilevazione è stata effettuata nella settimana dal 11 al 17 febbraio 2021 presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale San Carlo Borromeo (ASST Santi Paolo e Carlo).

#### DEFINIZIONI PRELIMINARI AI FINI DELLA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA

Per **urgenza** si intende l'attivazione di un Servizio preposto a tale scopo (es. Pronto Soccorso) o l'attivazione di un intervento non programmato e non dilazionabile di un Servizio non preposto all'urgenza.

I **criteri di inclusione** per l'attuale rilevazione sono tutti gli interventi che comportano un'interazione tra utenti ed operatori nelle situazioni precedentemente definite.

I **criteri di esclusione** per l'attuale rilevazione sono tutte le richieste programmate provenienti da strutture ospedaliere per pazienti già ricoverati.

Per sintomatologia **somatica** ci si riferisce a sintomi somatici, per sintomatologia **comportamentale** a sintomi caratterizzati da agiti, per sintomatologia **psichica** a sintomi psichici e per sintomatologia **mista** a condizioni dove non è possibile indicare la prevalenza di un tipo di sintomatologia prima indicata.

## ELABORAZIONE DEI DATI

### Dati Generali del Campione

Sono state raccolte 38 schede in 7 giorni, di queste il 100% è risultata valida ai fini dell'elaborazione.

La sede dell'intervento urgente è stato il Pronto Soccorso poiché non è stato possibile coinvolgere le altre sedi indicate.

L'esame delle generalità della popolazione indicano che:

- Il 76,3% degli interventi urgenti è stato erogato nei giorni feriali
- Il 23,7% degli interventi urgenti è stato erogato nel fine settimana
- Il 60,5% degli interventi sono stati erogati nella fascia oraria dalle 9 alle 21 (orario di guardia diurna)
- Il 39,5% degli interventi urgenti sono stati erogati nella fascia oraria dalle 21 alle 9 (orario di guardia notturna)
- Il 86,8% della popolazione è di cittadinanza italiana
- Il 13,2% della popolazione non è di cittadinanza italiana (di questi il 10,5% extra UE e il 2,7% UE)
- I maschi rappresentano il 60,5% del campione (età media 45,1aa)
- Le femmine rappresentano il 39,5% del campione (età media 44,1aa)
- L'età media del campione è stata di 44,7aa (il più giovane ad accedere aveva 18aa il più anziano 76aa)
- Il 71% dei pazienti ha ricevuto precedenti trattamenti psichiatrici, il 29% nessuno (Item 8)
- La fonte delle informazioni è principalmente data dallo stesso paziente nel 74% del campione, nel 18,4% dal medico inviante e nel 10,6% dai famigliari (Item 4)

### 2-Visita richiesta da

- Psichiatra: 21%
- Forze dell'ordine: 5,3%
- Altro specialista: 7,9%
- Famigliari/conoscenti: 18,4%
- Autopresentazione: 47,4%

### 3-Paziente accompagnato da

- Il 50% dei pazienti è accompagnato dal 118
- Il 31,5% nessuno
- Il 2,6% è accompagnato dal 112/113
- Il 2,6% è accompagnato dalla Polizia Municipale
- Il 5,4% è accompagnato da familiari
- Il 7,9 è accompagnato da conoscenti/vicini

### 5-Insorgenza della sintomatologia acuta, 6-Sintomatologia, 7 - Paziente in trattamento per

- La **presentazione precoce**(65,7%), entro le 24 ore, è caratterizzata:
  - da **sintomi comportamentali** (30,4%) già in trattamento per malattia psichiatrica nel 28,6%, per dipendenza da sostanze nel 28,6% e per patologia psichiatrica e somatica nel 42,8%
  - da **sintomi psichici** (34,8%) già in trattamento per malattia psichiatrica nel 37,5%, per dipendenza da sostanze nel 12,5% e non in trattamento nel 50%
  - da **sintomi misti** (34,8%) già in trattamento per malattia psichiatrica nel 37,5% dei casi, per malattia somatica nel 12,5%, per dipendenza da sostanze nel 25%, non rilevabile nel 12,5% e per patologia sia psichiatrica che somatica nel 12,5%.
- La **presentazione tardiva**(29%), oltre 7 giorni, è caratterizzata:
  - da **sintomi comportamentali** (15,4%) già in trattamento per malattia somatica nel 50% e nel 50% già in trattamento per malattia sia psichiatrica che somatica
  - da **sintomi somatici** (7,7%) nel 100% già in trattamento per malattia psichiatrica
  - da **sintomi psichici** (69,2%) già in terapia per malattia psichiatrica nel 44,5%, multipla nel 11,1%, non in trattamento nel 33,3% e in trattamento sia per malattia psichiatrica che somatica nel 11,1%
  - da **sintomi misti** (7,7%) nel 100% già in trattamento per malattia somatica.
- La **presentazione tra 2 e 7 giorni** (5,3%) è caratterizzata:

- da sintomi psichici (50%) nel 100% da pazienti già in trattamento per malattia psi-chiatrica
- da sintomi somatici (50%) nel 100% già in trattamento per malattia psichiatrica.

### 9-Procedure Diagnostiche

Il 78,8% viene valutato esclusivamente mediante colloquio clinico.

Al 5,3% vengono eseguiti esami di laboratorio e alla stessa percentuale vengono prescritte consulenze specialistiche, esami di laboratorio e strumentali ed esami di laboratorio e consulenze specialistiche.

### 10-Diagnosi per grandi aree

- Disturbo Psicotico: 13,2%
- Disturbo dell'Umore: 15,8%
- Disturbo d'Ansia: 36,8%
- Abuso o dipendenza da sostanze: 5,3%
- Alcolismo o abuso etilico: 13,2%
- Disturbo di personalità: 2,6%
- Disturbo Mentale Organico: 7,9%
- Altro 2,6%
- Comorbidità multipla (abuso o dipendenza da sostanze, alcolismo o abuso etilico, disturbi di personalità, disturbo reattivo): 2,6%

### 11-Interventi Terapeutici, 12-Esito eventuale TNF per COVID 19

La terapia psicofarmacologica è stata considerata come esclusiva nel 52,6% del campione, nel 21% non è stata indicata mentre nella restante percentuale è stata associata ad altri interventi.

La contenzione meccanica è stata utilizzata nel 2,6% del campione in associazione al trattamento farmacologico.

Interventi a carattere chirurgico hanno interessato il 5,3% del campione associati nella metà dei casi a trattamento farmacologico.

Il TNF per la ricerca di COVID 19 è stato eseguito nel 26,3% del campione. All'interno di questa percentuale

il 10% è risultato positivo.

L'80% della popolazione sottoposta a TNF è stata ricoverata in SPDC (nel 12,5% in TSO).

Al restante 20% è stata data indicazione di trattamento ambulatoriale successivo al-la visita in PS.

### 13-Provvedimenti successivi all'intervento

- Ricovero volontario in SPDC: 18,4%
- Ricovero in TSO: 2,6%
- Indicazione all'intervento ambulatoriale psichiatrico successivo all'intervento urgente: 42,2%
- Intervento concluso: 28,9%
- Altro: 7,9%

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

L'elaborazione dei dati attraverso l'incrocio degli item ci ha permesso di mappare, in questo campione di pazienti che accede al PS, una prevalenza della sintomatologia psichica nella presentazione tardiva. Questa viene spesso mediata dalla committenza psichiatrica che definisce il percorso di cura prima ancora del triage di PS.

I pazienti tendono quindi ad accedere in PS entro le 24 ore più facilmente nel caso di manifestazioni somatico/comportamentali e dilazionare l'intervento urgente nel caso si esprime sintomatologia di tipo psichico. Queste considerazioni sono coerenti con osservazioni già presenti addirittura negli anni 80' (Cuzzolaro, 1982).

Il progresso trattamento per malattia psichiatrica si rileva in tutte le tipologie di pre-sentazione e interessante sembra essere la capacità di intercettare in PS pazienti con prevalenti sintomi psichici esorditi nelle ultime 24 non in trattamento rispetto al-le presentazioni tardive. Il PS diventa così il primo contatto con la psichiatria per questa parte di utenti.

Durante il percorso diagnostico/terapeutico le persone a cui sono stati prescritti esami di laboratorio e consulenze specialistiche sono state diagnosticate nell'area del disturbo mentale organico mentre a coloro a cui sono state prescritte consulenze specialistiche si sono rilevati

disturbi da uso di sostanze/alcool. Da qui l'importanza della possibilità di accesso ad una serie di consulenze/valutazioni in urgenza, attivate dallo psichiatra titolare del caso, che fanno del PS il vertice dove si realizza la massima possibile integrazione della nostra disciplina con le altre branche specialistiche (Mistura, 2003).

In chi ha ricevuto solo il colloquio clinico la diagnosi si è indirizzata su un disturbo psichiatrico nel 73,4%, indicando specularmente un'adeguata azione di trage.

Per la maggioranza relativa del campione la diagnosi al termine dell'intervento è stata di disturbi d'ansia ma alta è stata la capacità di intercettare disturbi psicopatologici maggiori (psicosi e disturbi dell'umore) e di personalità. Più di un quarto degli accessi, però, è caratterizzato da disturbi mentali organici, abusi di sostanze ed alcolici o misti. Quest'ultima tipologia di accessi (patologia di confine) andrebbe confrontata con ospedali che non presentano una guardia psichiatrica attiva.

Dato interessante da interpretare è che nel 21% degli accessi non è stata somministrata alcuna terapia farmacologica. Questo può essere un errore di codifica oppure l'evidenza di disturbi già risolti spontaneamente o in via di risoluzione al momento dell'intervento. Basso è stato l'utilizzo della contenzione meccanica e del TSO.

Importante ci è sembrato il cercare di definire quale sia il percorso degli utenti che accedono al nostro PS psichiatrico.

A partire dagli esiti abbiamo definito quattro percorsi dell'urgenza psichiatrica all'interno del nostro PS che riassumono i dati riscontrati nella raccolta dati.

1. **Ricovero in SPDC** (compreso TSO): la committenza è rappresentata maggiormente dallo psichiatra (50%) per sintomi psichici (62%) insorti da più di 7 giorni (50%) in pazienti già in trattamento psichiatrico (62,5%) o già in trattamento sia per patologia psichiatrica che somatica (37,5%) e ricoverati con orientamento diagnostico pre-lente di disturbo dell'umore (50%) ed in misura minore disturbo psicotico (25%).

2. **Indicazione al trattamento ambulatoriale:** l'arrivo in PS è per autoinvio (68,7%) per sintomatologia psichica (43,7%) o mista (31,2%) insorta con una lieve prevalenza da meno di un giorno (50%) rispetto a oltre 7 giorni (43,7%) in pazienti già in trattamento per malattia psichiatrica (50%) e diagnosticati con orientamento pre-lente di disturbo d'ansia (43,7%) ed in misura minore disturbo psicotico (25%).
3. **Intervento concluso:** l'autoinvio in PS è maggiormente rappresentato (45,4%) per sintomatologia psichica (36,4%) o comportamentale (36,4%) insorta da meno di un giorno (81,8%) in pazienti con una lieve prevalenza per quelli non in trattamento (27,3%) e dimessi con orientamento diagnostico di disturbi d'ansia (36,4%) ma con una maggioranza di pazienti che presentano disturbi da abuso di sostanze, alcol e disturbi psicorganici (54,5%).
4. **Altro:** l'invio è equamente suddiviso tra psichiatra, familiare e autoinvio per sintomatologia altrettanto equamente distribuita tra sintomi psichici, comportamentali e misti insorti da meno di un giorno (100%) in pazienti prevalentemente in trattamento per dipendenza da sostanze (66,7%) e dimessi con diagnosi per grandi aree di abuso o dipendenza da sostanze (66,7%).

In conclusione siamo consapevoli che questo lavoro presenta una scarsa robustezza ma per la nostra équipe ha rappresentato un primo momento di riflessione, in una situazione di costante urgenza organizzativa, per attivare una discussione, con dei dati interni, sulla costruzione di protocolli d'intesa con il nostro DEA.

Inoltre, al termine della pandemia, sarà necessaria una nuova rilevazione per un confronto.

---

AFFERENZA DEGLI AUTORI

\* *psichiatri DSMD Santi Paolo e Carlo, P.O. San Carlo Borromeo*

° *psichiatra Responsabile Unità Semplice SPDC P.O. San Carlo Borromeo, DSMD Santi Paolo e Carlo*

\*\**psichiatra Direttore Unità Operativa Psichiatria P.O. San Carlo Borromeo, DSMD Santi Paolo e Carlo*

CORRISPONDENZA:

[alessandro.grecchi@asst-santipaolocarlo.it](mailto:alessandro.grecchi@asst-santipaolocarlo.it)

**BIBLIOGRAFIA**

1. American Psychiatric Association. *Task Force on Clinical Safety. Clinical Safety (Task Force report n.33)*. APA, Washington DC, 2003
2. Hillard R., Zitek B., *Emergenza Psichiatrica*. CIC Edizioni Internazionali. Roma, 2005
3. Mištura S., *Psichiatria in Medicina d'Urgenza*. Centro Scientifico Editore. Torino, 2003
4. Cuzzolaro M., L'Urgenza in Psichiatria, In Reda GC., *Trattato di Psichiatria*. USES, Firenze, 1982

## Allegato 1

### SCHEMA RILEVAMENTO DATI SULLA'URGENZA

CASO N°:

DATA:

ORARIO RICHIESTA;

ANNO DI NASCITA:

SESSO:

CITTADINANZA:

RESIDENZA:

#### 1. SEDE DELL'INTERVENTO URGENTE:

- CPS
- PS
- Domicilio
- Reparto ospedaliero non psichiatrico
- Reparto COVID
- Altro

#### 2. VISITA RICHIESTA DA:

- Medico di medicina generale
- Psichiatra
- Altro specialista
- Forze dell'ordine
- Familiari o conoscenti
- Autopresentazione

#### 3. PAZIENTE ACCOMPAGNATO DA:

- 118
- 112/113
- Vigili Urbani
- Familiari
- Conoscenti/vicini
- Operatori psichiatrici
- Operatori Sociali
- Nessuno

#### 4. FONTE DELLE INFORMAZIONI:

- Paziente
- Familiare o conoscente
- Medico inviante

#### 5. INSORGENZA DELLA SINTOMATOLOGIA ACUTA:

- Meno di 1 giorno
- Da 2 a 7 giorni
- Più di 7 giorni

#### 6. SINTOMATOLOGIA

- Somatica
- Comportamentale
- Psicica
- Mista

#### 7. PAZIENTE IN TRATTAMENTO PER (possibile risposta multipla):

- Malattia psichiatrica
- Malattia somatica
- Dipendenza da sostanze
- Patologie multiple
- Dato non rilevabile
- Nessuna

#### 8. PRECEDENTI TRATTAMENTI PSICHIATRICI:

- Sì
- No

#### 9. PROCEDURE DIAGNOSTICHE (possibile risposta multipla):

- Solo colloquio clinico
- Esami di laboratorio
- Esami strumentali
- Dosaggio sostanze
- Consulenze specialistiche non psichiatriche

---

## 10. DIAGNOSI PER GRANDI AREE

**(possibile risposta multipla):**

- Disturbo psicotico
- Disturbo dell'umore
- Disturbo d'ansia
- Disturbo alimentare
- Abuso o dipendenza da sostanze
- Alcolismo o abuso etilico
- Disturbi di personalità
- Disturbo reattivo
- Disturbo mentale organico
- Tentato suicidio
- Altro

## 11. INTERVENTI TERAPEUTICI

**(possibile risposta multipla):**

- Colloquio clinico (diagnostico-terapeutico)
- Terapia psicofarmacologica
- Intervento prevalentemente medico-internistico
- Intervento prevalentemente chirurgico
- Contenzione meccanica
- TNF per ricerca covid 19

## 12. ESITO EVENTUALE TNF PER COVID 19

- Positivo
- Negativo

## 13. PROVVEDIMENTI SUCCESSIVI

**ALL'INTERVENTO**

- Ricovero volontario in SPDC
- Ricovero in SPDC Covid positivi
- Ricovero in reparto non psichiatrico per Covid positivi
- TSO
- ASO
- Indicazione al trattamento ambulatoriale psichiatrico successivo all'intervento urgente
- Intervento concluso (consultazione completata)
- Altro

## 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