



# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

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





# SOMMARIO

AnnoXXXIV • 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.

### IN PRIMO PIANO

**5** Un intervento urgente per salvare il diritto alla cura per chi soffre di patologie mentali  
di Cerveri G.

**12** La salute mentale oggi e domani: quali speranze per il futuro?  
di Percudani M. e Clerici M.

### RECENSIONI

**15** In dialogo con la solitudine  
*Recensione, Commento, Divagazioni*  
di Giannelli A.

### SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

**19** Dati preliminari su un algoritmo di Natural Language Processing per l'identificazione di referti relativi a ideazione suicidaria nei Pronto Soccorso di ASST Lariana  
di Alamia A., Calzolari R., Micieli W., Mingotto E., Sani E., Fraticelli C.

**26** Anoressia Nervosa: trattamenti evidence-based e nuove prospettive  
di Baccara A., Del Giudice R., Bertelli S., D'Agoŝtino A.

**30** Il nulla che ferisce il sé - PARTE I  
di Barbieri S., Soardo L., Bertelli S., Arosio P.L.

**37** Il nulla che ferisce il sé - PARTE II  
di Barbieri S., Soardo L., Bertelli S., Arosio P.L.

**45** L'intervento cognitivo comportamentale di gruppo come strumento per la riduzione dell'aggressività in SPDC  
di Bellini L., Papini B., Spera M., Vergani V., Mencacci C.

**55** Una indagine preliminare sugli effetti del lockdown in un campione di istituti superiori della ASST Melegnano e della Martesana  
di Camporota V., Carnevali S., Durbano F.

**66** L'esperienza del Budget di Salute di Comunità in beneficiari con disturbo di Personalità  
di Cardani C., Porcellana M., Morganti C., Di Bernardo I., Percudani M.

**73** Team leader in sanità  
*Riflessioni sulla esperienza formativa del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze della ASST Melegnano e della Martesana come strumento di integrazione tra servizi differenti ma aggregati*  
di Durbano F., Delvecchio G.

**80** Il percorso di ricerca infermieristica nel Dipartimento di Salute Mentale.  
*L'esperienza dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano*  
di Ferrara P., Capone A., Villa A., Oliverio V., Betella M., Destrebecq A., D'Agoŝtino A., Gambini O.

**84** Covid e RSA, la salute psichica degli operatori ad un anno di distanza  
di Grossi C., Gesi C., Consorti E., Fiorentini G., Bergamaschini L., Vercesi E., Cerveri G.

IN COPERTINA: Caino, Giovanni Dupré, 1846

Museo Statale Ermitage, San Pietroburgo

© Yair Haklai / Wikimedia Commons / CC-BY-SA-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)





# SOMMARIO

AnnoXXXIV • n. 2 • luglio–dicembre

**94** **Basket Cases: marginalità e disagio psichico in adolescenza tra diagnosi e possibilità di presa in carico**  
*di Leon E., Bosetto D. & Clerici M.*

**114** **Il Disturbo da Gioco d'Azzardo e la comorbidità psichiatrica: oltre il concetto di doppia diagnosi**  
*di Limosani I., Ciliberti C., Longo L., Turco M., Percudani M.*

**121** **Dolore mentale e screening del rischio suicidario in un campione clinico di pazienti affetti da disturbi psichiatrici**  
*di Lucca G., Ielmini M., Trabucchi E., Aspesi G., Caselli I., Callegari C.*

**130** **Study skills training: sperimentare e valutare un approccio online in tempi di pandemia**  
*di Prini C., Amadei I., Colnaghi F., Fresco A., Grignani S., La Greca E., Lucchini B., Meliante M., Moreno Granados G. N., Parisi C., Pozzetti T., Amatulli A.*

**138** **L'impatto della pandemia da Covid-19 sul sistema di rete per il lavoro in psichiatria nella città metropolitana di Milano**  
*di Quarenghi A., Rubelli P., Sanna B., Fusi A., Mencacci C.*

**144** **I giovani e la pandemia: richieste di accesso ai servizi psichiatrici e correlazione con agiti autolesivi**  
*Uno studio condotto presso il CPS Giovani di Milano*  
*di Tagliabue S., Malvini L., Barbera S., Percudani M.*

**150** **Neurofeedback come strumento di valutazione e di trattamento per l'ADHD dell'adulto**  
*Il Programma Dafne in ASST Lariana*  
*di Uccello M., Massara A., Turati S., Fraticelli C.*

## PSICHIATRIA FORENSE

**154** **In mancanza di specifiche linee guida che cosa fare?**  
*di Mantovani R., Mantovani L.*

## CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

**156** **CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M. SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE**  
**Gli agiti aggressivi nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura**  
*Un'analisi retrospettiva*  
*di Camuccio C. A., Bonaldi E., Vitale E.*

**165** **CONTRIBUTO AITERP ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA E PSICOSOCIALE**  
**La riabilitazione psichiatrica ai tempi del covid-19**  
*Una riflessione a partire dall'esperienza del DSMD dell'ASST di Lodi*  
*di Scagliarini V., Fioletti B., Bonazzi I., Zaniboni F.*

## Anoressia Nervosa: trattamenti evidence-based e nuove prospettive

Baccara A.\*°, Del Giudice R.°, Bertelli S.°,  
D'Agostino A.\*°

### INTRODUZIONE

L'Anoressia Nervosa (AN) è un grave disturbo mentale caratterizzato da un'intensa paura dell'aumento di peso e da una percezione distorta dell'immagine di sé, che motivano una severa restrizione dietetica o altri comportamenti di perdita di peso come l'abuso di lassativi o un'eccessiva attività fisica (Treasure et al., 2015). Inoltre, nelle persone affette si osserva una compromissione del funzionamento cognitivo ed emotivo di varia gravità. L'AN inizia tipicamente nella prima adolescenza, sebbene possa manifestarsi a qualsiasi età (Herpertz-Dahlmann, 2009), ed ha incidenza maggiore nel sesso femminile rispetto a quello maschile negli adolescenti, con un rapporto compreso tra 10/1 e 15/1 (Swanson et al., 2011). Nella fisiopatologia dell'AN rientrano fattori genetici, psicologici, neurobiologici e ambientali. Le comorbidità psichiatriche più comuni sono la depressione e i disturbi d'ansia. La prevalenza *lifetime* di questi ultimi è stimata tra il 64% e l'83% nei pazienti con AN e Bulimia Nervosa (Godart et al., 2000) ed il disturbo d'ansia sociale è considerato il più comune. Anche il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) è frequentemente in comorbidità con l'AN. Meno comunemente associati sono i disturbi da uso di sostanze, che risultano più frequenti nella forma di AN con abbuffate e condotte di eliminazione. Tra i disturbi della personalità, il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità (OCPD) ed il disturbo *borderline* di personalità (BPD), sono i più frequentemente associati, con una prevalenza stimata intorno al 22%.

La prognosi dell'AN mostra una grande variabilità. Vi sono casi più lievi, in cui il paziente va incontro a remissione spontanea senza trattamento, casi in cui il

recupero avviene solo dopo diverse tipologie di trattamento, con un andamento del peso fluttuante e ricadute più o meno frequenti, fino a condizioni più gravi con un deterioramento progressivo, causato dalla malnutrizione, che possono condurre anche alla morte. Se cronicizza, la malattia può presentarsi nella forma di una sindrome completa o nella forma di un disturbo della nutrizione o alimentazione senza altra specificazione.

Numerosi studi hanno indicato che gli esiti di mortalità, funzionamento psicosociale, disturbi psichiatrici e comportamenti problematici legati all'alimentazione risultano migliori nelle forme di anoressia ad esordio adolescenziale rispetto alle forme più tardive (Steinhausen et al., 2003). Per quanto riguarda il decorso temporale, diversi studi di follow-up hanno dimostrato che in pazienti adulti il tempo per la remissione completa è compreso tra 5 e 6 anni (Herzog et al., 1997).

Tra tutti i disturbi mentali, l'AN è stata associata al più alto tasso di mortalità. Sebbene la maggior parte dei decessi sia una diretta conseguenza di complicazioni mediche legate alla malnutrizione, come le complicazioni cardiache e le infezioni, un quinto dei decessi di questi pazienti deriva dal suicidio (Smink et al., 2012).

### PRINCIPI DI TRATTAMENTO EVIDENCE-BASED

L'AN prevede un trattamento multidisciplinare che coinvolge diversi specialisti. Secondo le linee guida del *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE, 2017, ultimo aggiornamento 2020), l'obiettivo chiave consiste nell'aiutare i pazienti a raggiungere un peso o un BMI appropriato, tappa fondamentale nel promuovere altri cambiamenti psicologici, fisici e di qualità della vita, necessari per il miglioramento. La valutazione iniziale del paziente comprende un colloquio approfondito, un esame fisico e indagini per stabilire la gravità e la natura dei sintomi psicologici e fisici concomitanti. Quando possibile, è importante coinvolgere altre persone significative (*familiari, partner, caregiver*) nella valutazione

e nel trattamento successivo. In alcuni pazienti può essere necessario il ricovero immediato a causa di ipotensione importante, disidratazione, gravi anomalie elettrolitiche, aritmie o grave bradicardia e rischio di suicidio.

Per i pazienti per i quali il ricovero immediato non sia giustificato (o per coloro che sono già stati ricoverati), le alternative al trattamento ambulatoriale includono il trattamento residenziale e il trattamento diurno.

## IL MANAGEMENT NUTRIZIONALE

Diverse linee guida sottolineano l'efficacia dell'alimentazione nasogastrica per i pazienti malnutriti, affrontando il rischio di sindrome da rialimentazione. Le recenti linee guida britanniche (2018) raccomandano di iniziare la rialimentazione a 5-10 kcal/kg/die per i pazienti gravemente sottopeso e di aumentare gradualmente fino a 20 kcal/kg/die entro 2 giorni. In assenza di fattori di gravità, si raccomanda l'assunzione di 20-25 kcal/kg/giorno senza superare 70-80 kcal/kg/die.

Inoltre, cinque linee guida raccomandano un aumento di peso minimo di 0,5 kg/settimana in ambiente ospedaliero, fino ad un massimo di 1,5 kg/settimana secondo le linee guida olandesi (2017).

## LA PSICOTERAPIA

Nonostante il ripristino nutrizionale rappresenti il caposaldo del trattamento, sovente i miglioramenti ottenuti non vengono mantenuti sul lungo periodo in assenza di altri supporti. Tra questi nel corso degli anni ha assunto un ruolo fondamentale la psicoterapia, che nel caso di bambini e adolescenti coinvolge spesso anche la famiglia. La psicoterapia familiare (*Family-Based Therapy*, FBT) produce migliori risultati rispetto ad altre e si dimostra di aiuto nel percorso di rialimentazione. Tali interventi promuovono comportamenti alimentari sani e aiutano l'intero nucleo familiare ad allearsi contro il disturbo alimentare, piuttosto che attribuire la colpa a chi ne è affetto. I genitori monitorano attentamente tutti i pasti e le attività del paziente per prevenire un esercizio fisico

eccessivo e le condotte di eliminazione. Man mano che il trattamento avanza nella seconda fase, l'autonomia alimentare viene gradualmente trasferita al soggetto affetto e ci si concentra sul migliorare la comunicazione familiare e sul raggiungimento dell'indipendenza. Un altro approccio diffuso e validato è la terapia cognitivo comportamentale per disturbi alimentari (*Cognitive-Behavioral Therapy – Eating Disorders*, CBT-ED), che fa riferimento ad un trattamento psicologico personalizzato "transdiagnostico" specifico per i disturbi alimentari. Gli obiettivi della CBT-ED sono di aiutare il paziente a modificare e stabilizzare il proprio schema alimentare, concentrarsi sui processi che mantengono il problema alimentare e porre enfasi sul futuro e sul mantenimento dei cambiamenti che sono stati raggiunti.

Le linee guida NICE propongono anche altri trattamenti psicoterapeutici adatti all'AN quali il Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA), basato sulla ricerca biologica e psicologica e adattato ai tratti caratteriali di questo disturbo; lo Specialist Supportive Clinical Management (SSCM), un modello che combina la gestione clinica con uno stile terapeutico di supporto progettato per costruire una relazione terapeutica positiva e per favorire il miglioramento del paziente tramite l'identificazione e la revisione regolare dei sintomi target, psicoeducazione, monitoraggio dello stato fisico, definizione di un intervallo di peso obiettivo, educazione e consulenza nutrizionale. Viene infine consigliata la Eating Disorder-focused Focal Psychodynamic Therapy (FPT), un trattamento concepito come una psicoterapia ambulatoriale orientata alla psicodinamica di 40 ore per pazienti moderatamente malati con BMI > 15 kg/m<sup>2</sup> se CBT-ED, MANTRA ed SSCM non sono accettati, sono controindicati o risultano inefficaci.

Una recente Network Meta-Analysis ha evidenziato come gli interventi psicologici possano essere associati a miglioramenti moderati del decorso clinico e della qualità della vita, in assenza di evidenze circa la superiorità o inferiorità di una tecnica rispetto alle altre (Solmi et al., 2021).

## LA TERAPIA FARMACOLOGICA

Non vi sono oggi disponibili farmaci con indicazione specifica per AN, ed il trattamento va pertanto considerato primariamente per le co-morbidità psichiatriche (ad es. disturbi d'ansia e dell'umore, DOC) (Aigner et al., 2011). Alcuni studi randomizzati hanno dimostrato che vari farmaci antidepressivi appartenenti alla classe degli Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina, quando usati in combinazione con la psicoterapia, come la CBT, non risultano più efficaci della sola psicoterapia. Analogamente, non vi sono evidenze sufficienti che gli antipsicotici possano contribuire all'aumento di peso o ridurre i sintomi del disturbo alimentare di base.

## LE NUOVE FRONTIERE TERAPEUTICHE

Per quanto riguarda i nuovi approcci terapeutici, grazie ad una miglior comprensione dei circuiti neurali coinvolti nell'AN, è stato possibile utilizzare con buoni risultati dei trattamenti di neuromodulazione, come la stimolazione cerebrale profonda (DBS), la stimolazione transcranica magnetica ripetitiva (rTMS) e la stimolazione transcranica a corrente continua (DMS), sia come mezzo di indagine dei meccanismi tipici della malattia, sia come strumento di trattamento.

L'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) è un approccio psicoterapeutico riconosciuto dal NICE e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) quale trattamento di prima scelta per il disturbo da stress post-traumatico (*Post-Traumatic Stress Disorder*, PTSD). In seguito all'accumularsi di evidenze sul ruolo del trauma e degli eventi di vita avversi nell'eziologia di diversi disturbi, l'applicazione di questa tecnica viene oggi studiata in diversi gruppi di pazienti. Sebbene esistano protocolli d'intervento mirati su pazienti con diagnosi di disturbo alimentare (Zaccagnino, 2019), non vi sono ad oggi evidenze di efficacia in AN indipendentemente dalla co-morbidità con PTSD e dalla presenza di memorie traumatiche esplicite, ma alcuni studi in corso propongono di verificare gli esiti dell'intervento verso

terapie *gold standard* come la CBT (Bertelli, <https://doi.org/10.1186/ISRCTN16211499>; Ruggeri, <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03156959>).

Infine, è importante considerare anche trattamenti emergenti e alternativi, tra i quali lo yoga risulta essere il più utilizzato. Questa pratica è stata a lungo utilizzata per aumentare la consapevolezza e il rilassamento, concentrandosi sulla connessione mente-corpo. L'allenamento della consapevolezza permette di affinare l'attenzione verso i meccanismi psicologici che contribuiscono al malessere emotivo e la padronanza dei propri contenuti mentali e degli stili abituali di pensiero permette maggiori possibilità di esplorazione, espressione e cambiamento di tali contenuti (Rizzuto et al., 2021).

---

### AFFERENZA DEGLI AUTORI

\* Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Milano, Milano, Italia;

° Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, Ospedale San Paolo, ASST Santi Paolo e Carlo, Milano, Italia

### CORRISPONDENZA A:

[armando.dagostino@unimi.it](mailto:armando.dagostino@unimi.it)

## BIBLIOGRAFIA

1. Treasure J, Zipfel S, Micali N, et al. *Anorexia nervosa*. Nature Reviews Disease Primers, 2015; 1: 15074. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.74>
2. Herpertz-Dahlmann B. *Adolescent eating disorders: definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity*. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 2009; 18: 31–47. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1056499308000552?via=ihub>
3. Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K. R. *Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement*. Archives of General Psychiatry, 2011. 68(7), 714–723. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.22>
4. Godart NT, Flament MF, Lecrubier Y, Jeammet P. *Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance*. European Psychiatry, 2000; 15:38–45. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(00\)00212-1](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(00)00212-1)
5. Steinhausen HC, Boyadjieva S, Grigorieu-Serbanescu M, Neumärker KJ. *The outcome of adolescent eating disorders, finding from an international collaborative study*. European Child & Adolescent Psychiatry, 2003. 12: 91–98. <https://doi.org/10.1007/s00787-003-1112-x>
6. Herzog W, Schellberg D, Deter HC. *First recovery in anorexia nervosa patients in the long-term course: a discrete-time survival analysis*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1997. 65(1), 169–177. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.1.169>
7. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. *Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates*. Current Psychiatry Reports, 2012; 14: 406–14. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3409365/>
8. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Eating disorders: recognition and treatment*. NICE guideline 69, 2017 (update 2020). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/evidence/full-guideline-pdf-161214767896>
9. Ministry of Health Clinical Practice Guidelines for the BC *Eating Disorders Continuum of Services*, 2018. <http://mh.providencehealthcare.org/sites/default/files/BC%20Eating%20Disorders%20Clinical%20Practice%20Guidelines.pdf>
10. Dutch Foundation for Quality Development in Mental Healthcare. *Practice guideline for the treatment of eating disorders [Zorgstandaard Eetstoornissen]*. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz; 2017.
11. Solmi M, Wade TD, Byrne S, Del Giovane C, Fairburn CG, Östinelli EG, De Crescenzo F, Johnson C, Schmidt U, Treasure J, Favaro A, Zipfel S, Cipriani A. *Comparative efficacy and acceptability of psychological interventions for the treatment of adult outpatients with anorexia nervosa: a systematic review and network meta-analysis*. Lancet Psychiatry. 2021 Mar;8(3):215-224. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30566-6. Epub 2021 Feb 15. PMID: 33600749.
12. Aigner M., Treasure J., Kaye W., Kasper S. *The WFSBP task force on eating disorders World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders*. World J. Biol. Psychiatry. 2011;12:400–443. <https://doi.org/10.3109/15622975.2011.602720> <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/202996>
13. Zaccagnino M. (2019). *EMDR therapy protocol for the management of dysfunctional eating behaviors in anorexia nervosa*. In M. Luber, (Ed.), Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy scripted protocols and summary sheets: Treating eating disorders, chronic pain, and maladaptive self-care behaviors (pp. 79-126). New York, NY: Springer Publishing Co.
14. Bertelli S. *Comparing EMDR with CBT for the treatment of anorexia nervosa* <https://doi.org/10.1186/ISRCTN16211499>
15. Ruggeri M. *CBT-Eb Plus EMDR Versus CBT-Eb in Patients With Eating Disorders (REAT-EMDR)* <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03156959>
16. Rizzuto L, Hay P, Noetel M, Touyz S. *Yoga as adjunctive therapy in the treatment of people with anorexia nervosa: a Delphi Study*. J Eat Disord 9, 111 (2021). <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00467-9>



## 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