



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

AnnoXXXV • 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 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 (Garbagnate)
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)

Responsabile Comunicazione Digitale:
Federico Grasso (Lodi)

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

- 5** Una domanda inquietante:
la politica trascura la salute mentale?
di Giannelli A.
- 12** The Eternal Sunshine of a spotless mind.
Ovvero come riprendere ad usare la
parola in Psichiatria
di Cerveri G.
- 18** Società Italiana di Psichiatria: appunti
per una proposta di trasformazione
di Bondi E.
- 20** Uno Sguardo al futuro: il
punto della Società Italiana di
Neuropsicofarmacologia
di Mencacci C. e Balestrieri M.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

- 22** Transizione da UONPIA a CPS
Giovani: focus sulle diagnosi nelle
traiettorie cliniche
di Baldaqui N., Malvini L., Barbera S.
- 28** Intervento di prevenzione del disagio
giovanile nelle scuole secondarie superiori
della Martesana (Città Metropolitana di
Milano)
di Carnevali S., Camporota V., Giombelli
A., Durbano F.
- 36** L'uso problematico di internet:
dall'evoluzione della definizione
diagnostica alla pratica clinica.
Presentazione di un caso clinico
di Di Bernardo I., Porcellana M., Morganti C.,
Percudani M.
- 51** L'integrazione tra i Disturbi della
Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA)
nell'età adulta e diverse aree della
Medicina: Il Progetto Intersezioni
di Galetti N., Arrighoni V., Floris L.G.,
Cardani I., Fraticelli C.
- 58** L'abuso sessuale nell'infanzia come
disorganizzatore nosografico
di Grecchi A., Cigognini A.C., Ingrosso G.,
Orešti M., Ossola C., Beraldo S., Miragoli P.
- 64** La riabilitazione psichiatrica in contesto
residenziale ai tempi del Covid: analisi,
considerazioni e prospettive future
di Gulizia D., Cisima M., Consonni E.,
Mazza U., Morsello I., Percudani M.,
Oltolina M., Porcellana M., Simone M.,
Zoppini L.
- 71** Progetto AUTER - Formulazione del
progetto di vita per le persone con
Disturbo dello Spettro Autistico (ASD)
basato sui costrutti di "Quality of Life".
Progetto per la diagnosi ed il trattamento
dell'autismo nell'adulto: L'esperienza del
DSMD dell'ASST di Lodi
di Viganò V., Granata N.; Vercesi M.,
Cerveri G.

IN COPERTINA: Profeta Imberbe di Donatello, 1416-1418
Museo dell'Opera del Duomo, Firenze
© Larry Lamsa / Wikimedia Commons / CC BY 2.0



SOMMARIO

AnnoXXXV • n. 2 • luglio–dicembre

PSICHIATRIA FORENSE

80 Il presente e i possibili futuri scenari per i percorsi della esecuzione penale dei pazienti psichiatrici
Autori di reato alla luce delle sentenze 2022 delle Corti dei diritti (cui si aggiunge la sentenza Corte costituzionale n. 99 del 2019)
di Amatulli A.

89 In mancanza di specifiche linee guida che cosa fare?
di Mantovani R. e Mantovani L.

91 Stress e pazienti psichiatrici autori di reato
L'esperienza della Fondazione AS.FRA durante la pandemia da Covid-19
di Santambrogio J., Giancontieri A., Matuella M., Besana F., Leon E., Rat C., Mauri M., Cunial E., Mattavelli C., Solmi M., Clerici M., Santarone A.

CONTRIBUTI DA ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

104 CONTRIBUTO AITERP – ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA (ATS)
AITeRP. Da associazione professionale maggiormente rappresentativa ad associazione tecnico scientifica (ATS).
di Fossati E.M., Pagella D.M.G., Scagliarini V.

109 Il ruolo dell'infermiere nella prevenzione del suicidio
di De Paola T., Romano F., Elsa V.

TECNOLOGIA IN PSICHIATRIA

122 Le nuove tecnologie per il trattamento del Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD)
Breve rassegna delle terapie digitali e slato dell'innovazione
Di Cugno M., Pasi A., Perrotta S., Migliarese G.

L'ANGOLO DELLA REDAZIONE

132 Sharp objects: immagini da una miniserie televisiva e spunti per una lettura psicopatologica del disturbo fittizio per procura
di Caselli I.

135 Significati archetipici e simbolici nella perizia di famiglia e nella figura del perito
di Loi M.

Stress e pazienti psichiatrici autori di reato

L'esperienza della Fondazione AS.FRA. durante la pandemia da Covid-19

di Santambrogio J.°, Giancontieri A.*, Matuella M.^, Besana F.#, Leon E.*°, Rat C.*,
Mauri M.*°, Cunial E.*°, Mattavelli C.*°, Solmi M.°, Clerici M.°°, Santarone A.**

ABSTRACT

Scopo del lavoro

La letteratura evidenzia il peso che ha avuto la pandemia da Covid-19 sul benessere della popolazione psichiatrica, ma pochi studi si sono concentrati sui pazienti autori di reato.

È noto che questi soggetti soffrono di uno stress legato alla sospensione del giudizio, l'incertezza della pena o il suo prolungamento, fattori che si sommano a tratti genetici ed ambientali di vulnerabilità psichica.

Per tale motivo, il lavoro si è voluto concentrare su come lo stress nei suoi diversi aspetti ha avuto un impatto sui pazienti autori di reato nella Fondazione AS.FRA. durante la pandemia da Covid-19.

Materiali e metodi

Per ottenere un riscontro dell'effetto dello stress sul campione (N=20) sono state analizzate le cartelle cliniche.

È stato costruito un questionario *ad hoc* composto da domande chiuse e aperte per indagare il vissuto dei pazienti riguardo le maggiori aree psicopatologiche.

I domini sono stati analizzati chiedendo di pensare a "gennaio 2020" (periodo pre pandemico: T0) e "da marzo 2020 ad oggi (marzo 2022)" (periodo pandemico: T1). Le tre domande aperte si riferiscono a come sono stati vissuti il periodo della pandemia e la restrizione dei contatti con l'esterno.

Risultati

Il 55% del campione ha una diagnosi principale di disturbo

dello spettro schizofrenico, il 40% di disturbo di personalità. La tipologia di reato maggiormente rappresentata sono gli atti di violenza in famiglia.

I risultati del questionario misurati al T0 e al T1 mostrano che i pazienti hanno percepito in modo lieve gli effetti della pandemia sulle principali aree psicopatologiche indagate.

È stato riscontrato un miglioramento in alcune aree, come "allegro/di buon umore" e "depresso".

Si nota invece un lieve aumento di "comportamenti violenti" e "attacchi di panico" e un peggioramento della percezione delle relazioni con gli ospiti.

Discussione e conclusioni

Il campione non ha riportato evidenti livelli di stress correlabili alla pandemia. Infatti le variazioni su alcuni item, quando presenti, sono di lieve entità e non permettono di correlare il disagio provocato dall'emergenza sanitaria a un cambiamento nella percezione del benessere del campione.

I limiti rilevanti dello studio possono essere identificati nel campione limitato, nel punto di vista soggettivo degli strumenti utilizzati e nel recall bias su un periodo ampio.

In base alla nostra esperienza, possiamo supporre che il paziente autore di reato viva una condizione di stress data dall'indefinitezza del proprio futuro e un "tempo sospeso" legato alle valutazioni e decisioni di soggetti terzi (psichiatri, magistrati). Inoltre, queste persone vivono già una situazione di restrizione e isolamento dal contesto esterno. Queste condizioni verosimilmente hanno prevalso in termini di stress sul disagio causato dalla pandemia.

INTRODUZIONE

La pandemia da Covid-19, come noto, ha condotto a una serie di problematiche sia di natura clinica che di tipo gestionale nei Servizi di Salute Mentale. Si è assistito ad un aumento della sintomatologia ansiosa e depressiva nella popolazione generale, in risposta a ridotti contatti sociali e alla paura di possibili conseguenze negative dell'evento pandemico (Bojdani, 2020; De Girolamo, 2020), con aumento delle condotte parasuicidarie e suicidarie ed incremento degli atti di violenza domestica (Chandan, 2020). In risposta alle difficoltà create dalla diffusione del virus, nelle diverse nazioni sono stati redatti differenti protocolli, inerenti la gestione dei Servizi di Salute Mentale (Starace, 2020).

Le misure di prevenzione del contagio hanno portato ad alcuni cambiamenti generali: esecuzione di tampone molecolare a pazienti che dovevano essere ricoverati in SPDC o in strutture residenziali prima dell'ingresso, screening costante degli operatori, sospensione degli incontri con familiari ed amici, interruzione di attività e progetti riabilitativi coinvolgenti persone ed ambienti esterni (Bojdani, 2020).

Tali restrizioni hanno anche comportato la limitazione al personale essenziale nelle Strutture Sanitarie, con la sospensione dei tirocini degli studenti, con ripercussioni sulla loro formazione. Anche i medici specializzandi in Psichiatria sono spesso stati chiamati a lavorare nei "reparti Covid", modificando quindi un consistente periodo della loro formazione specialistica.

Nelle strutture riabilitative psichiatriche il percorso di molti pazienti ha subito dei cambiamenti importanti: ad esempio, si è vista l'interruzione di attività riabilitative svolte all'esterno delle strutture. Inoltre, per diversi ospiti risultava molto difficoltoso rispettare il divieto di uscita dalla comunità, con conseguenti riacutizzazioni di tipo psicopatologico (Zuffranieri, 2020). Anche il livello di stress e il rischio di burnout degli operatori della salute mentale è aumentato (Garriga, 2020).

Tra le conseguenze della pandemia si nota un aumento di metodologie terapeutiche già esistenti ma non tanto utilizzate precedentemente, come i colloqui psicologici e psichiatrici da remoto ("*necessity is the mother of invention*") (Simpson, 2021). Tale modalità è stata analizzata da diversi studi clinici ed è stata vista essere efficace in particolare in alcune tipologie di pazienti, come le persone con Disturbo d'ansia generalizzato, fobia sociale o PTSD, per le quali è stata dimostrata un'efficacia pari alle psicoterapie in presenza (Simpson, 2020; Sander, 2020). Si è inoltre verificato un aumento di comunicazioni "rapide", come l'utilizzo di messaggi su WhatsApp nelle relazioni terapeutiche o la notevole diffusione di applicazioni, già presenti ma non diffuse, inerenti per esempio la prevenzione dei comportamenti suicidari (De la Torre, 2017).

LO STRESS: MODELLI NEUROBIOLOGICI

Si definisce lo stress psichico come la risposta psicologica e fisiologica che l'organismo mette in atto nei confronti di compiti, difficoltà o eventi della vita valutati come eccessivi o pericolosi (Seyle, 1976). Il corpo mette in atto risposte fisiologiche allo stress mediante il rilascio di catecolamine e mediatori chimici, che conducono all'aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa. Se tali meccanismi vengono cronicizzati, ciò conduce ad un continuo sovraccarico del sistema cardiovascolare, con aumento del rischio di insorgenza di infarti miocardici ed ictus. Le modificazioni neurobiologiche principali in tali processi consistono in una riduzione del remodelling neuronale, con atrofia di ippocampo, amigdala e corteccia prefrontale (Mc Ewen, 2006). Queste tipologie di modificazioni sono inoltre state associate ad un maggior rischio di comportamento violento (Blair, 2006). Diversi lavori (Sandi, 2015; Cohen et al., 2016) si sono concentrati sulle differenze neurobiologiche dei sistemi di risposta allo stress (la risposta "fight or flight", con coinvolgimento delle catecolamine e quella di stress prolungati nel tempo, con il ruolo principale del sistema dei glucocorticoidi). Sembra che la prima tipologia

porti ad un aumento del remodelling sinaptico, la seconda ad una sua riduzione (Blair, 2006).

Il termine allostatici, introdotto per la prima volta da Sterling ed Eyer nel 1998, si riferisce al processo mediante cui il corpo risponde agli eventi di vita quotidiana al fine di mantenere l'omeostasi (il significato letterale è "acquisire stabilità mediante il cambiamento") (Sterling, 1998).

Sono stati elaborati diversi modelli di gestione dello stress in senso psichico: McEwen ha descritto un modello che prevede diverse modalità, anche in relazione alla tipologia di stressor (**figura 1**), con la presenza di multipli stressors ripetuti nel tempo (grafici in alto in figura 1) e un carico di stress maggiormente "cronico".

Figura 1: Modello allostatico di Mc Ewen (Mc Ewen et al., 1998)

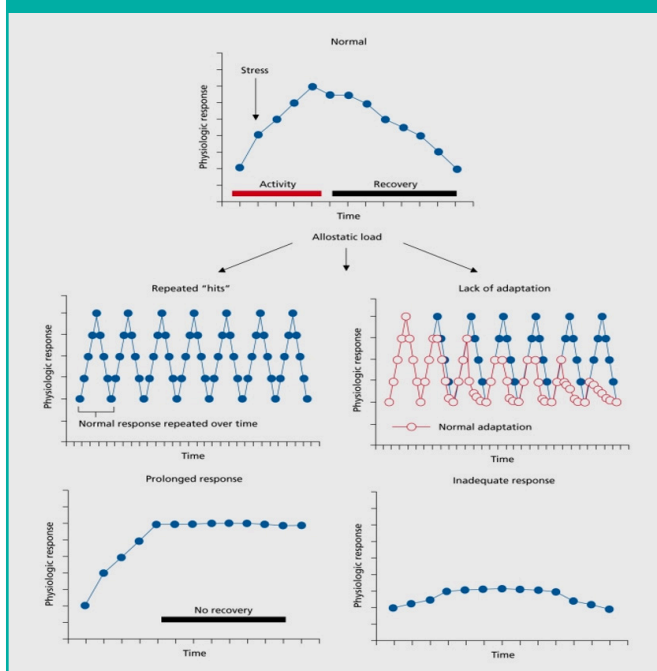
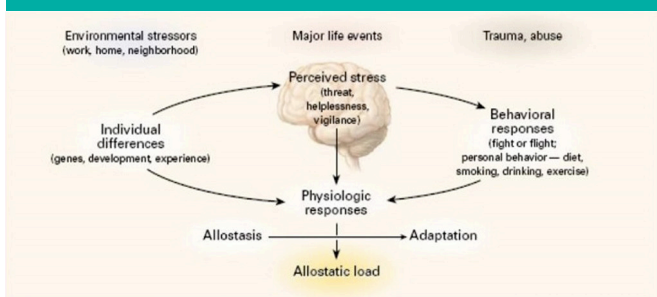


Figura 2: Modello allostatico di Mc Ewen (Mc Ewen et al., 1998)



Si parla di "allostatic overload" quando, in risposta ad eventi di vita, predisposizione personale ed ambientale si sviluppa una risposta di natura disfunzionale allo stress (**figura 2**).

Analizzando la pandemia in termini di modello allostatico di McEwen, il fenomeno ha costituito uno stress "cronico" e prolungato nel tempo, quindi con l'innesco di risposte maladattive di vario tipo.

IL RUOLO DELLO STRESS NEI PAZIENTI AUTORI DI REATO

Le persone che hanno compiuto reati vivono condizioni di stress legate alla sospensione del giudizio, all'incertezza della misura di sicurezza e alle sue proroghe; tali fattori si sommano a tratti genetici ed ambientali di vulnerabilità psichica (Hewson, 2020). La condizione di stress vissuta ha ricadute anche sul piano clinico e riabilitativo di queste persone.

Il principale cambiamento portato dalla legge 81/2014 riguarda il passaggio di presa in carico del percorso riabilitativo dei pazienti autori di reato dal Ministero della Giustizia al SSN, con lo sviluppo di Progetti Terapeutico-Riabilitativi Individualizzati sviluppati dai Servizi territoriali (Zanaldi, 2020).

Il paziente autore di reato vive una condizione di stress determinata anche dall'indefinitezza del proprio futuro. La misura di sicurezza implica delle limitazioni sulle autonomie e sulle decisioni, anche se può portare ad alcuni benefici, tra cui una migliore alleanza terapeutica e una più elevata adesione al progetto di cura (Vorsternborch, 2020).

Il percorso riabilitativo di queste persone è molto complicato, tenendo conto dell'elevato rischio di recidiva di reato, della maggiore incidenza di comportamenti autolesivi e delle condotte da abuso di sostanze (Shinkfield, 2015).

Le problematiche principali in questo senso appaiono essere l'esclusione sociale come risposta ai reati commessi e il senso di "hopelessness" legato all'indefinitezza della pena (Dorkins, 2011).

Sulla base di queste considerazioni, ci siamo chiesti quale tipo di impatto ha avuto in termini di stress l'evento pandemico in questi soggetti, dove l'indeterminatezza del futuro costituiva già un fattore determinante nella propria quotidianità.

LA FONDAZIONE ADELE BONOLIS

AS.FRA. ONLUS

Nella Fondazione AS.FRA. (Assistenza Fraterna) (Figura 3) il percorso riabilitativo si articola attraverso due soluzioni: la forma residenziale (Casa San Paolo e Casa Iris), che prevede la permanenza del paziente per un tempo definito in base al programma riabilitativo specifico, e la forma semiresidenziale (Centro Diurno), per pazienti provenienti dal domicilio.

Figura 3: La fondazione AS.FRA.



Per quanto riguarda la forma residenziale, all'interno di AS.FRA. si possono trovare due Comunità Protette ad Alta Assistenza (CPA, strutture caratterizzate da interventi conservativi e assistenziali) e due Comunità Riabilitative ad Alta Assistenza (CRA, strutture caratterizzate da un programma ad alta intensità riabilitativa). Inoltre, è attivo dal 2019 un progetto di cohousing: tali appartamenti, situati per la maggior parte all'interno della Fondazione, hanno l'obiettivo di realizzare un percorso di riabilitazione all'autonomia abitativa di persone che hanno passato un

lungo periodo all'interno di Strutture Residenziali.

AS.FRA. è nata come Associazione il 28 dicembre 1957. La fondatrice, Adele Bonolis (Figura 4), è nata nel 1909. Si è laureata presso la facoltà di Lettere e Filosofia all'Università Cattolica del Sacro Cuore.

Figura 3: La fondazione AS.FRA.



AS.FRA. diventa Ente Morale nel 1968 e prima ancora della promulgazione della legge 180/1978 sull'abolizione dei manicomi, diventa un Centro di assistenza per malati psichici, con l'apertura di Casa San Paolo nel 1970. Nel 2002 As.Fra. da Ente Morale diviene Fondazione, e nel 2010 tutte le sue Strutture sono state accreditate dal Servizio Sanitario Regionale (SSR).

OBIETTIVO DELLO STUDIO

L'obiettivo del lavoro è stato misurare se i livelli di sintomatologia ansiosa e di stress nei pazienti autori di reato in carico a Fondazione AS.FRA. fossero aumentati durante la pandemia, in confronto al periodo pre-pandemico.

Per raggiungere tale scopo sono stati utilizzati due metodi di raccolta di dati. In primo luogo, si è studiata la cartella clinica dei partecipanti, per poter rilevare i parametri socio-demografici, riabilitativi e psicopatologici.

In secondo luogo, è stato somministrato un questionario a domande chiuse e aperte, per approfondire la tematica dello stress.

METODOLOGIA

Campionamento

Sono stati contattati tutti gli utenti autori di reato presenti in Fondazione AS.FRA. al momento dello studio. Tra i 27 soggetti contattati, 21 si sono resi disponibili, e 20 hanno completato la raccolta dati. Un partecipante ha deciso di interrompere la somministrazione del questionario prima di giungere alla sezione di domande aperte.

Tutti i partecipanti hanno fornito il proprio consenso informato rispetto ad attività di ricerca della Fondazione e firmato il modulo relativo alla privacy. Gli operatori che hanno somministrato il questionario non hanno analizzato i dati. Per ogni partecipante è stato creato un codice identificativo che ha garantito l'anonimato. Il primo esito di questo progetto è stato presentato al Congresso "Giornate della Follia", tenutosi a Teramo il 18-19 marzo 2022.

Strumenti

Per definire il costrutto di stress e per studiarne l'impatto sui pazienti psichiatrici autori di reato è stata compiuta un'analisi della bibliografia sulle principali banche di raccolta dati. Sono stati selezionati gli articoli in lingua inglese ed italiana. Sono state utilizzate le seguenti parole chiave (e le loro variazioni): "offender", "psychiatric patient", "stress", "Covid-19", "mental illness".

Per ogni gruppo di parole chiave sono stati selezionati i lavori di ricerca più utili allo studio. In tutto, sono stati analizzati 50 articoli, pubblicati tra il 2010 e il 2021. Più della metà dei paper selezionati è stata pubblicata tra il 2019 e il 2021.

L'analisi bibliografica effettuata ha permesso di porre le basi teoriche per la raccolta dei dati, indirizzando la ricerca verso aspetti di interesse per la comunità scientifica.

In seguito è stata costruita una griglia di raccolta per i dati socio-demografici. Le categorie di analisi sono state costruite a priori, basandosi sulla letteratura e sui punti di interesse per la ricerca (**Griglia 1**).

Tale griglia ha avuto una duplice funzione: da un lato,

Griglia 1: Griglia di raccolta dati socio-demografici

dati demografici	storia psicopatologica	confronto (precedente - successivo al 2020)
genere	struttura di provenienza	numero di ricoveri in SPDC
età	anno di ingresso in AS.FRA.	numero di accessi in PS
nazionalità	diagnosi	numero di episodi di impulsività
titolo di studio	data della prima diagnosi	numero di episodi di violenza
stato civile	tipo di reato commesso	numero di fughe dalla struttura
professione	attività lavorative	numero di episodi di autolesionismo
stato giuridico	partecipazione ad attività riabilitative	numero di tentativi di suicidio
misura di sicurezza	uso di sostanze (pregresso e/o in atto)	numero di episodi di uso di sostanze
	terapia farmacologica	

si è potuto costruire un profilo puntuale dei pazienti autori di reato presenti in struttura al momento dello studio; in secondo luogo si è potuto avere un riscontro basato su dati oggettivi e misurabili sul livello di benessere dei pazienti selezionati nei due periodi di interesse: prima del 2020 e dopo il 2020 attraverso i seguenti spazi temporali: “a gennaio 2020” e “da marzo 2020 ad oggi” (dove per “oggi” si intende il periodo di raccolta dati, identificabile con febbraio 2022), confrontabile con i resoconti soggettivi forniti dai partecipanti durante la compilazione del questionario.

Il questionario utilizzato per la raccolta dei dati soggettivi è stato costruito *ad hoc* ed è basato sulla letteratura analizzata.

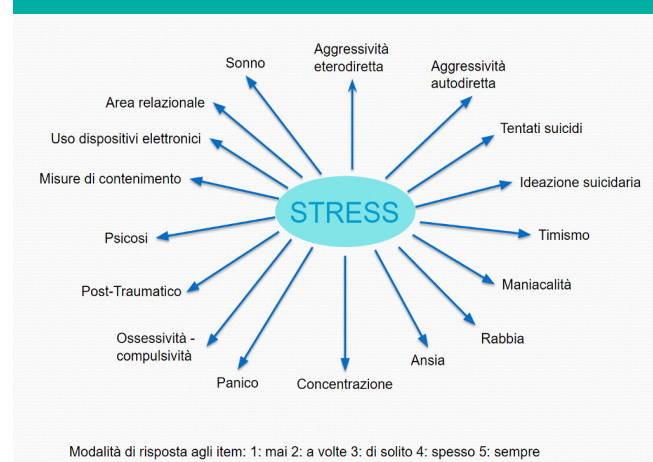
Esso è composto da tre parti. Nella prima viene chiesto al partecipante di indicare se è risultato positivo al Covid-19 (domanda a risposta multipla: *Sì, No, Preferisco non rispondere*) e quando. Tale informazione è basata sulla supposizione che l’aver contratto il virus possa aver portato a livelli di stress diversi rispetto al non averlo contratto. La seconda parte contiene tre domande aperte:

1. *Come ha vissuto il periodo di pandemia da marzo 2020 a oggi e ci sono stati dei mesi che ha vissuto con più difficoltà?*
2. *Che effetti ha avuto su di lei la lontananza dai suoi familiari/persone care e perché?*
3. *Come ha vissuto la mancata possibilità di contatti con l’esterno (uscite, attività lavorativa etc.)?*

L’ultima sezione è composta da 37 items su scala Likert a 5 passi. Ogni domanda è stata posta chiedendo al partecipante di fare riferimento sia al periodo pre-pandemico che al periodo attuale. Riconoscendo che è stato chiesto ai partecipanti di rendere conto di un ricordo (periodo pre-pandemico), si è voluto individuare un momento specifico a cui chiedere di fare riferimento. In questo modo, si è immaginato che potesse essere più facile per i partecipanti sintetizzare le emozioni provate (citando un esempio: “A gennaio 2020 mi sentivo allegr* e di buon umore” e “da marzo 2020 ad oggi mi sento allegr* e di buon umore”).

Tale sezione è stata costruita cercando di sintetizzare le aree di psicopatologia che possono mostrare dei sentimenti di stress (disturbi depressivi, disturbi d’ansia, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti, disturbi dissociativi, disturbo bipolare, disturbi del sonno-veglia, comportamenti violenti etero-indirizzati, comportamenti violenti auto-indirizzati e pensieri o tentativi di suicidio, disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici, disturbi dell’attenzione); inoltre, è stato chiesto come si è modificato l’uso di dispositivi elettronici e come si sono modificate le relazioni con gli ospiti della struttura (Figura 5).

Figura 3: La fondazione AS.FRA.



Analisi dei dati

I dati raccolti dalle cartelle cliniche sono stati studiati attraverso la statistica descrittiva. Per il numero di episodi di violenza e di uso di sostanze sono state indagate la media e la deviazione standard. A causa del basso numero di persone nel campione, non si è potuto procedere con analisi di statistica inferenziale.

Con il fine di indagare l’impatto dello stress prodotto dalla pandemia sulle principali aree psicopatologiche, sono state condotte le Correlazioni di Pearson. Per ogni area psicopatologica si è studiata la correlazione tra il punteggio a T₀ (“a gennaio 2020”) e quello a T₁ (“da marzo 2020 ad oggi”).

Le risposte alle domande aperte non sono state analizzate con metodi statistici, ma hanno avuto un ruolo fondamentale nell'esplicitare il significato che i pazienti hanno attribuito ad alcune domande chiuse.

Risultati

I risultati emersi dall'analisi descrittiva dei dati raccolti dalle cartelle cliniche sono illustrati attraverso le tabelle sottostanti. Come si può vedere (Tabella 1), più della metà dei soggetti (12 su 20), è entrata in AS.FRA. dal 2020 in poi. La diagnosi maggiormente rappresentata (55%) è quella di disturbo dello spettro della schizofrenia (comprensivo schizofrenia, disturbo schizoaffettivo e disturbo delirante), seguita da disturbi di personalità (borderline e antisociale sono le diagnosi più rappresentate).

Tabella 1: dati socio-demografici

variabile		N	%
ingresso	2020	7/20	35%
	2021	5/20	25%
prima diagnosi	d. spettro della schizofrenia	11/20	55%
	d. personalità	8/20	40%
seconda diagnosi	d. personalità	4/20	20%
stato giuridico	capace	16/20	80%
misura legale	sì	18/20	90%
imputabilità	prosciolti	11/20	55%
pericolosità sociale	sì	17/20	85%

La quasi totalità dei partecipanti non svolge un'attività lavorativa, e più della metà del campione non partecipa abitualmente alle attività riabilitative (12 su 20). Questi dati mostrano una difficoltà di coinvolgimento di tali pazienti; sarebbe interessante chiedersi se pazienti autori di reato che svolgono abitualmente attività lavorative e di riabilitazione mostrino un livello di stress diverso da quello mostrato dal campione. L'uso di sostanze pre-

cedentemente al ricovero in struttura è molto diffuso. Dopo l'ingresso in AS.FRA., tale numero scende al 25%, e riguarda unicamente alcool e cannabis (Tabella 2).

Tabella 1: dati socio-demografici (2)

variabile		N	%
attività lavorativa	non occupato	18/20	90%
	non partecipa	12/20	60%
attività riabilitative	cannabis	9/20	45%
	cocaina	3/20	15%
	alcool	3/20	15%
uso di sostanze pregresso	nessuna	13/20	65%
	cannabis	3/20	15%
	alcool	2/20	10%
uso di sostanze attuale	sì	14/20	70%
	supportiva	12/20	60%

Un solo paziente non usa alcuna terapia farmacologica. Più della metà dei partecipanti assume antipsicotici, e il 35% del campione assume i farmaci tramite depot. Tale metodo, se da un lato assicura una maggiore stabilità del paziente, in quanto l'assunzione del farmaco è controllata, d'altra parte può contribuire a una passivizzazione del paziente rispetto al proprio percorso di cura.

Tabella 3: terapia farmacologica

terapia farmacologica	N	%
nessuno	1/20	5%
antipsicotici	11/20	55%
stabilizzanti	1/20	5%
depot	7/20	35%

Nella Tabella 4 sono illustrate le tipologie di reato all'origine della misura di sicurezza: come si può vedere, le principali sono quelle legate alla violenza: 7 pazienti su 20 hanno commesso delle violenze in famiglia, 4 sono stati autori di violenza sessuale.

Tabella 4: reato commesso

Tipo di reato	N	%
violenza in famiglia	7/20	35%
violenza sessuale	4/20	20%
lesioni	2/20	10%
rapina	2/20	10%
omicidio	1/20	5%
oltraggio a pubblico ufficiale	1/20	5%
contro la proprietà	1/20	5%
estorsione	1/20	5%
truffa	1/20	5%

I risultati del questionario misurati al T₀ e al T₁ mostrano che i pazienti hanno percepito in modo lieve gli effetti della pandemia sulle principali aree psicopatologiche indagate.

È stato riscontrato un miglioramento in alcune aree, come “allegro/di buon umore” e “depresso” (Tabella 5).

Tabella 5: analisi delle risposte al questionario

item	media T ₀	media T ₁	correlazione
allegro/di buon umore	0,60	1,00	p=0,004 r=0,640
depresso	2,25	1,90	p=0,021 r=0,512
post-trauma	2,35	2,30	p=0,070 r=0,413
ossessivo-compulsivo	1,80	1,85	p=0,039 r=0,464
maniacale	2,00	1,85	p=0,006 r=0,793
sbalzi di umore	2,32	2,37	p<0,001 r=0,793

Si nota invece un lieve aumento della frequenza percepita di “comportamenti violenti” e “attacchi di panico” e un peggioramento della percezione delle relazioni con gli ospiti (Tabella 6), nonostante non si sia raggiunta la significatività statistica per quest’ultimo item.

Tabella 6: analisi delle risposte al questionario (2)

item	media T ₀	media T ₁	correlazione
comportamenti violenti	1,21	1,79	p=0,009 r=0,583
attacchi di panico	1,35	1,85	p=0,040 r=0,462
psicosi	2,00	1,80	p<0,001 r=0,725
uso di dispositivi elettronici	3,25	3,50	p<0,001 r=0,739
relazioni significative con ospiti	3,93	3,00	p=0,544 r=-0,177*

* (elevato numero di drop out: 6/20)

Tabella 7: cartelle cliniche

item	prima del 2020	dopo il 2020	N risposte
episodi di violenza	M: 0,71 ds: 1.15	M: 2,50 ds: 3.25	8
uso di sostanze	M: 2.57 ds: 7.29	M: 4.11 ds: 7.49	8

Dall’analisi delle cartelle cliniche si nota un aumento di episodi di violenza e un raddoppiamento della frequenza dell’uso di sostanze (Tabella 7).

Riportiamo di seguito le risposte più significative alle domande aperte poste nel questionario.

- Come ha vissuto il periodo di pandemia da marzo 2020 a oggi e ci sono stati dei mesi che ha vissuto con più difficoltà?
 - *Non era possibile avere colloqui coi parenti. Ho sofferto un po’ di solitudine.*
 - *Ho vissuto con difficoltà specie quando è morto mio papà.*
 - *All’inizio ho avuto più difficoltà... continuavo a bere caffè, fumare tante sigarette, poi ho capito che era più che altro una paura e l’ho affrontata con gli operatori e con me stesso perché alla fine le paure bisogna affrontarle con se stessi.*

2. Che effetti ha avuto su di lei la lontananza dai suoi familiari/persone care e perché?
 - *La paura che il virus si insidiasse anche nei miei parenti.*
 - *L'ho vissuta un po' bene e un po' male. Ho la fortuna di avere il cellulare con whatsapp e le videochiamate, quindi ci sentivamo.*
 - *La paura di non rivederli più. Gli effetti erano di rabbia.*
 - *Tanto perché a un ragazzo di 24 anni che è chiuso la possibilità di vedere i propri cari e di sfogarsi... a me è stata negata.*
3. Come ha vissuto la mancata possibilità di contatti con l'esterno (uscite, attività lavorativa etc.)?
 - *Ho portato a termine 30 anni di ospedale psichiatrico. L'arco di qualche mese non ha influito molto sul mio pensiero.*
 - *Ho trovato modi per stare impegnata. Camminavo in cortile e guardavo film al computer.*
 - *Ero indifferente. Non mi interessa. Sono abituato a stare ristretto.*
 - *Mi è mancata un po' la possibilità di uscire anche se prima non ero abilitato a uscire.*

DISCUSSIONE E LIMITI DELLO STUDIO

Il campione non ha riportato evidenti livelli di stress correlabili alla pandemia. Infatti le variazioni su alcuni items, quando presenti, sono di lieve entità e non permettono di correlare il disagio provocato dall'emergenza sanitaria a un cambiamento nella percezione del benessere del campione. Nonostante ciò, si è rilevato un trend in aumento dei comportamenti violenti e degli attacchi di panico.

Risulta interessante notare che non si sia registrato un aumento dello stress, in termini ad esempio di condotte autolesive e parasuicidarie, di episodi depressivi o ansiosi.

I soggetti autori di reato vivono già una situazione di restrizione e isolamento dal contesto esterno, come testimoniano le risposte date alla terza domanda aperta del questionario fornito (*"Ero indifferente. Non mi interessa. Sono abituato a stare ristretto"*; *"Ho portato a termine 30*

anni di ospedale psichiatrico. L'arco di qualche mese non ha influito molto sul mio pensiero"). Tale fattore, unito spesso alla sostanziale assenza di legami familiari o con persone care, può avere influito sulla stabilità delle variabili prese in esame.

Un'interessante interpretazione dei dati suggerisce che i vissuti depressivi e il senso di colpa, conscio o inconscio, presenti in questi soggetti, relativi alla propria storia giuridica, nonché la frustrazione in merito alla limitazione della libertà personale, siano stati diminuiti nel momento in cui la pandemia ha costretto tutti i pazienti a delle restrizioni, "sospendendo" in qualche misura il proprio giudizio sulla pena e sul reato compiuto e consentendo agli intervistati di sentirsi "uguali" agli altri ospiti.

Un ruolo centrale potrebbe essere stato costituito dal rapporto con gli operatori, venutosi a rafforzare in alcuni casi nel periodo pandemico, assumendo una più importante valenza terapeutica, come testimoniato da alcune risposte al questionario (*"All'inizio ho avuto più difficoltà... continuavo a bere caffè, fumare tante sigarette, poi ho capito che era più che altro una paura e l'ho affrontata con gli operatori e con me stesso perché alla fine le paure bisogna affrontarle con se stessi"*).

In aggiunta, anche l'essere costretti a trascorrere più tempo con altri ospiti in comunità potrebbe avere influito sulle relazioni fra gli utenti e sul senso di coesione comunitaria, con rinforzo dei legami gruppali, operatore-utente ed utente-utente.

Proprio l'aspetto del tempo riveste un ruolo chiave in questi soggetti: un tempo che è già di per sé "sospeso", dove la sospensione è legata all'indefinitezza temporale del giudizio di terzi (psichiatri, magistrati) e alle restrizioni legate alla vita extra-struttura riabilitativa.

Ciò pone ovviamente un importante ostacolo nella riabilitazione di questi soggetti, limitando le opportunità di attività risocializzanti, con ovvie influenze sulla qualità di vita. Bisogna inoltre considerare che il fatto di essere stati inseriti in tali percorsi per crimini commessi e non per volontà personale, pone già intrinsecamente

un ostacolo circa la motivazione al percorso di cura e agli obiettivi riabilitativi ottenibili.

Nonostante ciò, in più di un'occasione è stato notato come l'applicazione di una misura di sicurezza abbia agito in chiave di miglioramento psicopatologico, con riduzione delle condotte antisociali ed eteroaggressive, costituendo un rimedio terapeutico più efficace di ogni terapia farmacologica (Vorstenbosch, 2020). Tale aspetto risulta molto interessante e meritevole di un accurato approfondimento.

Nel campione è stato rilevato un aumento degli episodi di violenza, da interpretare con cautela in considerazione della ridotta numerosità. Riguardo a tale tema, uno studio inglese (Puzzo, 2022) ha analizzato le condotte violente dei pazienti autori di reato durante il lockdown, riscontrandone un aumento specialmente nel periodo più tardivo (gennaio-marzo 2021), in termini soprattutto di aggressioni verso gli operatori, suggerendo quindi un impatto maggiormente a lungo termine, piuttosto che nel breve, delle misure di restrizione indotte dalla pandemia. Allo stesso modo, alcuni lavori hanno mostrato come nella popolazione generale siano aumentate le condotte di violenza domestica (Chandan, 2020; Mahlangu, 2022).

Di seguito i limiti dello studio:

- il campione è limitato (20 soggetti)
- una parte cospicua di soggetti analizzati (il 60%) è stata inserita in AS.FRA. durante la pandemia. Pertanto, il periodo di confronto pre-pandemico rispetto alle variabili ricavate dalle cartelle cliniche è stato dedotto dalle risposte soggettive
- vi è la possibilità di un bias legato alla valutazione soggettiva tramite questionario e ai report da parte degli operatori in cartella clinica
- le risposte sono di tipo soggettivo e riguardano ricordi di un periodo di tempo di ampia durata (*bias di recall*)
- è stato utilizzato un questionario costruito *ad hoc* a causa della particolarità del campione e dell'assenza di tale strumento in letteratura.

Sulla base di queste considerazioni, stante la particolare tipologia dei pazienti autori di reato e della presenza di una sintomatologia da stress peculiare rispetto agli altri ospiti, potrebbe essere utile giungere alla stesura e alla validazione di una scala che misuri in maniera accurata il livello di stress percepito da questi soggetti nelle aree evidenziate.

Tale lavoro si potrebbe svolgere ampliando notevolmente il campione di soggetti in esame, confrontando, ad esempio, utenti di diverse strutture riabilitative, anche in considerazione del ridotto numero di autori di reato in ogni comunità. Ciò porterebbe anche ad un utile confronto in merito agli strumenti e alla disponibilità di proposte di cura, definendo con sempre maggiore precisione le difficoltà che si incontrano nel riabilitare persone non inserite in struttura per una problematica primaria di sofferenza psichica. Unitamente a ciò, è importante sottolineare anche alcuni punti che possono aiutare, talvolta, il clinico: la valenza terapeutica e contenitiva della misura di sicurezza, il valore protettivo della restrizione delle uscite sulle condotte violente e da abuso di sostanze, oltre che il distacco da figure familiari talvolta iatrogene, fattore che si è visto essere, in alcuni casi, importante nel periodo pandemico.

Potrebbe anche essere utile uno studio di confronto con tale popolazione in ambito carcerario, dove ci si aspetterebbe di rilevare un aumentato carico stressogeno e in diverse aree psicopatologiche, o una comparazione con le diverse modalità di esecuzione della misura di sicurezza: ad esempio, soggetti di una REMS o in libertà vigilata domiciliare.

CONCLUSIONI

Il lavoro ha evidenziato come il paziente autore di reato abbia una percezione dello stress psichico e del proprio percorso riabilitativo differente rispetto agli altri utenti e i risultati, nello specifico, non hanno mostrato un livello di stress maggiore indotto dalla pandemia nel campione. Inoltre, tale lavoro ha consentito una miglior

caratterizzazione sul piano clinico e psicopatologico degli ospiti presi in esame, permettendo di evidenziare anche potenziali fattori protettivi, utili nel miglioramento del non facile percorso riabilitativo di tali pazienti.

Gli elementi che potrebbero spiegare tali risultati potrebbero consistere nella già presente condizione di limitazione della libertà personale, nell'influenza positiva del rapporto con gli operatori e con gli altri codegenti durante il periodo pandemico.

Sarebbe importante implementare il lavoro di ricerca in questo campo, con l'obiettivo di sviluppare percorsi riabilitativi sempre più individualizzati e volti alla *recovery*, anche tenendo conto delle difficoltà evidenziate rispetto a questa specifica popolazione di pazienti.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Fondazione Adele Bonolis AS.FRA. Onlus,
Vedano al Lambro (MB)*

° *Università degli Studi di Milano Bicocca*

^ *Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano*

Università degli Studi di Pavia

§ *Department of Psychiatry, Ottawa, Canada*

§ *Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASST Monza*

BIBLIOGRAFIA

1. Bojdani, E., Rajagopalan, A., Chen, A., Gearin, P., Olcott, W., Shankar, V., Cloutier, A., Solomon, H., Naqvi, N. Z., Batty, N., Festin, F., Tahera, D., Chang, G., & DeLisi, L. E. (2020). *COVID-19 Pandemic: Impact on psychiatric care in the United States*. *Psychiatry research*, 289, 113069. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113069>
2. De Girolamo, G., Cerveri, G., Clerici, M., Monzani, E., Spinogatti, F., Starace, F., Tura, G., & Vita, A. (2020). *Mental health in the coronavirus disease 2019 Emergency—The Italian response*. *JAMA Psychiatry (Chicago, Ill.)*, 77(9), 974-976.
3. Chandan JS, Taylor J, Bradbury-Jones C, Nirantharakumar K, Kane E, Bandyopadhyay S. (2020). *COVID-19: a public health approach to manage domestic violence is needed*. *Lancet Public Health*, 5(6):e309. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30112-2. Epub 2020 May 10. PMID: 32401709; PMCID: PMC7252171.
4. Starace, F, Ferrara, M. (2020). *COVID-19 disease emergency operational instructions for Mental Health Departments issued by the Italian Society of Epidemiological Psychiatry*. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 29, e116. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000372>
5. Zuffranieri M, Zanalda E. (2020) *Forensic psychiatry in the time of coronavirus: The Italian security residences put to the test in a public health emergency*. *Psychiatry Clin Neurosci.* 74(9):507-508. doi: 10.1111/pcn.13100. Epub 2020 Jul 17. PMID: 32592625; PMCID: PMC7361277.
6. Garriga, M., Agasi, I., Fedida, E., Pinzón-Espinoza, J., Vazquez, M., Pacchiarotti, I., & Vieta, E. (2020). *The role of mental health home hospitalization care during the COVID-19 pandemic*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(5), 479-480. <https://doi.org/10.1111/acps.13173>
7. Simpson S, Richardson L, Pietrabissa G, Castelnovo G, Reid C. (2021). *Videotherapy and therapeutic alliance in the age of COVID-19*. *Clin Psychol Psychother.*, 28(2):409-421. doi: 10.1002/cpp.2521. Epub 2020 Oct 24. PMID: 33037682; PMCID: PMC7675483
8. Sander, E. J., & Baumann, O. (2020). 5 Reasons Why Zoom Meetings are So Exhausting. *The Conversation*.
9. de la Torre, I., Castrillo, G., Arambarri, J., López-Coronado, M., & Franco, M. A. (2017). *Mobile apps for suicide prevention: Review of virtual stores and literature*. *JMIR mHealth and uHealth*, 5(10), e130. <https://doi.org/10.2196/mhealth.8036>
10. Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Butterworth's, reading, Massachusetts.
11. McEwen BS. (2006). *Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain*. *Dialogues Clin Neurosci.* 8(4):367-381. doi:10.31887/DCNS.2006.8.4/bmcewen
12. Blair, R. J. R., Peschardt, K. S., Budhani, S., Mitchell, D. G. V., & Pine, D. S. (2006). *The development of psychopathy*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 262-275.
13. Sandi C, Haller J. (2015). *Stress and the social brain: behavioural effects and neurobiological mechanisms*. *Nat Rev Neurosci*, 16(5):290-304. doi: 10.1038/nrn3918. PMID: 25891510.
14. Cohen S, Gianaros PJ, Manuck SB. (2016). *A Stage Model of Stress and Disease*. *Perspect Psychol Sci.* 11(4):456-63. doi: 10.1177/1745691616646305. PMID: 27474134; PMCID: PMC5647867.
15. Sterling P, Eyer J. (1988). *Allostasis: a new paradigm to explain arousal pathology*. In: Fisher S, Reason J, eds. *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*. New York, NY: John Wiley & Sons; 629-649.
16. McEwen B. S. (1998). *Stress, adaptation, and disease. Allostasis and allostatic load*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 840, 33-44. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1998.tb09546.x>
17. Hewson T, Shepherd A, Hard J, Shaw J. (2020). *Effects of the COVID-19 pandemic on the mental health of prisoners*. *Lancet Psychiatry*, 7(7):568-570. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30241-8. PMID: 32563298; PMCID: PMC7302764.
18. Zanalda E, di Giannantonio M. (2021). *Overcoming forensic psychiatric hospitals in Italy, five years later*. *Journal of Psychopathology*, 27:3-7. <https://doi.org/10.36148/2284-0249-413>
19. Vorstenbosch E, Castelletti L. (2020). *Exploring Needs and*

-
- Quality of Life of Forensic Psychiatric Inpatients in the Reformed Italian System, Implications for Care and Safety.* Front Psychiatry. 11:258. doi: 10.3389/fpsy.2020.00258. PMID: 32317995; PMCID: PMC7147245.
20. Shinkfield G, Ogloff J. (2015) *Use and interpretation of routine outcome measures in forensic mental health.* Int J Ment Health Nurs, 24:11–8. doi: 10.1111/inm.12092
21. Dorkins E, Adshead G. (2012). *Working with offenders: Challenges to the recovery agenda.* Adv Psychiatr Treat 17:178–87. doi: 10.1192/apt.bp.109.007179
22. Puzzo I, Aldridge-Waddon L, Stokes N, Rainbird J, Kumari V. (2022). *The Impact of the COVID-19 Pandemic on Forensic Mental Health Services and Clinical Outcomes: A Longitudinal Study.* Front Psychiatry. 18;12:780236. doi: 10.3389/fpsy.2021.780236. PMID: 35115963; PMCID: PMC8803909.
23. Mahlangu, P., Gibbs, A., Shai, N. et al. (2022). *Impact of COVID-19 lockdown and link to women and children's experiences of violence in the home in South Africa.* BMC Public Health 22, 1029.
<https://doi.org/10.1186/s12889-022-13422-3>

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