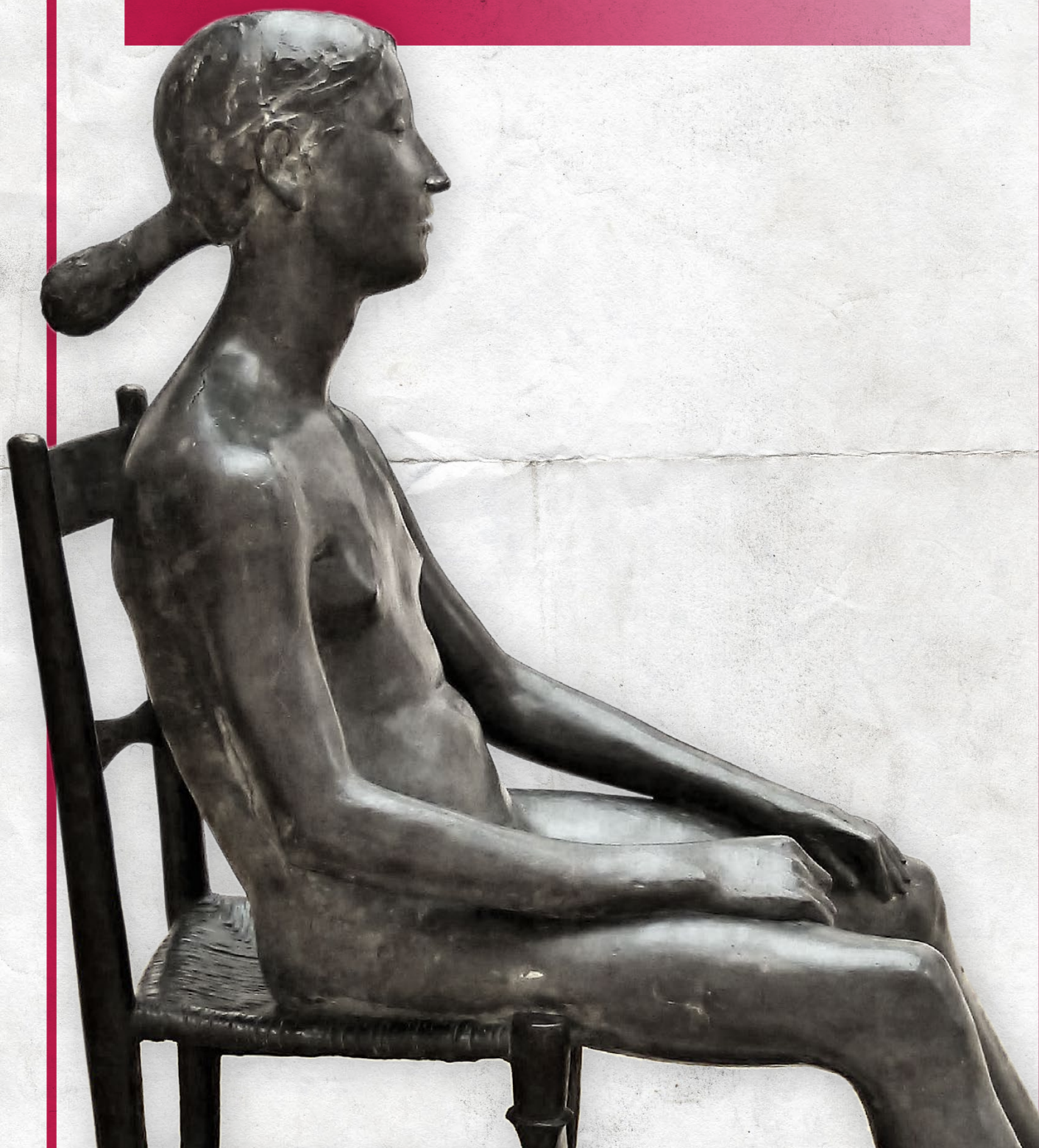




# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

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





# SOMMARIO

Anno XXXVI • 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 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 (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](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

- 4** La difesa del diritto alla cura per i soggetti affetti da patologia psichiatrica di Cerveri G.
- 9** Proposta di programma per la Salute Mentale in Regione Lombardia Documento Congiunto CPPL-SIPLO-SIP
- 11** "Uscire dal convento" per andare verso una psichiatria postnormale di Toscano M.
- 14** Chi pensa alla salute mentale oggi? di Vender S.

### SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

- 21** La sperimentazione del Budget di salute dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano di Ferrario S., Grecchi A., Alaia M., Bordonaro V., Caccia A., Pisciotto G., Raguso V., Miragoli P.
- 26** Gli Interventi Assiſiti con gli Animali nei contesti psichiatrici di Guarisco C., Paganini M.A., Suter R.
- 34** "Piacere di conoscerti" Progetto pilota di Intervento Assiſito dall'Animale in contesto grupale dedicato agli utenti dei CPS afferenti al Progetto Giovani di Luchetta G.A., Collodello S., Carnevali S., Durbano F.
- 43** Emergenza Chemsex Mpdv, sessualità e rischio psicopatologico di Pinamonti H., Clerici M.
- 61** Percorsi intensivi territoriali di riabilitazione psicosociale con la metodologia del Budget di Salute: il Piano Urbano 2022-2024 di Polizzi M., Massarotto F., D'Avanzo B., Perillo A., Porcellana M., Morganti C., Percudani M.
- 68** Dai "percorsi di cura integrati per i minori autistici e le loro famiglie" alla visione inclusiva e continuativa dell'autismo del progetto "per.V.In.C.A" di Resi C., Quintini T., Contini R., Chiominto I., Cerveri G.

### PSICHIATRIA FORENSE

- 74** L'attualità: ragione e sentimento in materia di esecuzione penale dei pazienti autori di reato. di Amatulli A.
- 81** Prospettive e limiti della gestione del paziente forense tra "territorio" e "giustizia" di Provenzi M., Lagazzi M., Di Forti C.L., Affaticati L., Carrara G., Crespi G., Viganò D., Clerici M.
- 86** La detenzione domiciliare a persona affetta da gravi problematiche psichiatriche di Mantovani R. e Mantovani L.

### CONTRIBUTI DA ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

- 88** CONTRIBUTO AITERP – ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA (ATS)  
The world forgetting, by the world forgot  
Un passo indietro...tre in avanti.  
Una riflessione riabilitativa sulla condizione di Abelardo ed Eloisa di Fossati E.M., Racioppi L., Scagliarini V.
- 92** CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.  
IPronto soccorso psichiatrico ad accesso diretto in psichiatria: evoluzione o involuzione? Uno studio qualitativo di De Paola T., Romano F., Elsa V.

### ANGOLO DELLA REDAZIONE

- 104** La vita del mondo che verrà di Giannelli A.
- 110** Sindrome della rassegnazione: uno sguardo alla complessità di Pantalone A.
- 115** Rosalba Terranova Cecchini  
Una vita per la psichiatria e la transcultura di Aliverti M.

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)

---

# Sindrome della rassegnazione: uno sguardo alla complessità

di Anna Pantalone

INFERMIERA PRESSO OSPEDALE SANTO SPIRITO IN SASSIA, ROMA

---

## ABSTRACT

La Sindrome della rassegnazione è una risposta psicologica che determina una marcata riduzione della coscienza e mancata risposta agli stimoli dolorosi. Descritta in Svezia, colpisce i bambini (età 8–15 anni) nello status di rifugiati o richiedenti asilo a seguito del respingimento della domanda e il conseguente rimpatrio. Inizialmente attribuita alla Sindrome di Munchausen o di Malingering, dal 1 luglio 2014 è inclusa nella versione svedese delle ICD-10. Tutte le teorie, seppur nelle loro differenze, individuano come cause comuni la vulnerabilità (individuale, familiare e di un diritto) e il trauma (migratorio, familiare e di rifiuto). L'interpretazione psicodinamica individua nella madre l'elemento trainante (correlabile a uno scenario di Munchausen per procura): tale ipotesi non ha trovato riscontro nella comunità scientifica ma è interessante l'aspettativa come contributo alla patogenesi. L'ipotesi di catatonìa individua nella Sindrome della rassegnazione la presenza di tre sintomi: stupore, mutismo e negativismo e sostiene che la catatonìa pediatrica è la diagnosi nella Sindrome della rassegnazione e che la privazione, l'abuso e il trauma ne determinano la precipitazione. Secondo l'ipotesi psicoanalitica la Sindrome della rassegnazione è una forma estrema di stupore dissociativo, in cui la somatizzazione ne è il veicolo. In merito alla distribuzione regionale, l'ipotesi di psicogenesi culturale afferma che i bambini affetti da questa sindrome provengono da culture olistiche che favoriscono il contagio emotivo. La società svedese, aperta all'accoglienza, aveva generato nelle famiglie rifugiate o richiedenti asilo un'aspettativa

di accoglimento conclusa poi in un respingimento. Il funzionamento del cervello in termini di codifica predittiva enfatizza le aspettative e le previsioni sulla realtà e questo spiegherebbe le patologie derivanti dal confronto tra esperienze in corso e aspettative. La Sindrome della rassegnazione, inizialmente associata ad una sindrome fittizia o di simulazione, è dunque una sindrome complessa la cui complessità include cause individuali, familiari, culturali e politiche.

## SINDROME DELLA RASSEGNAZIONE: UNO SGUARDO ALLA COMPLESSITÀ

**La** Sindrome della rassegnazione, denominata anche Sindrome da ritiro o rifiuto traumatico, Sindrome del sonno profondo, Uppgivenessyndrom o Sindrome della Bella Addormenta, è una condizione psicologica in risposta a un trauma che determina una marcata riduzione della coscienza e una mancata risposta agli stimoli dolorosi. La Swedish Association of Child and Adolescent Psychiatry ha dichiarato che dal 2003 al 2005 sono stati trattati 424 rifugiati di età tra 0-20 anni a causa di una ridotta capacità di comunicare, di muoversi e di svolgere le quotidiane attività. Approssimativamente 1 su 3 era nutrito da un tubo naso gastrico poiché incapace di bere e mangiare e presentava emissione involontaria di feci ed urine (encopresi, enurici). Non si muovevano, erano in uno stato ipnotico, non rispondevano in modo fisico o emotivo al contatto con le altre persone, i loro occhi erano chiusi e non reagivano al tatto, al suono, al dolore o al freddo.

Questa sconosciuta malattia, chiamata "apatia", classificava questi sintomi in "grado 2", altrimenti di "grado 1" se i bambini mostravano qualche risposta nelle parole e/o nel movimento (Von Knorring, 2019). G. Bogegård (2005) nella rivista medica *Acta Paediatrica* descrive il paziente tipico come «completamente passivo, immobile, senza tono, ritirato, muto, incapace di mangiare e bere, incontinente e non reattivo ad alcuno stimolo fisico o ad alcun dolore» ed aggiunge «È come se un'atmosfera da Pietà di Michelangelo li avvolgesse. Le madri sussurravano fissando il buio e raramente parlavano ai bambini malati» (Spiaggiari, 2018). Questa sindrome, descritta per la prima volta in Svezia, colpisce prevalentemente bambini e adolescenti tra gli 8 e i 15 anni (età media di insorgenza 11,5 anni) nella condizione di rifugiati o richiedenti asilo provenienti dalla ex Unione Sovietica, Jugoslavia e più recentemente dalla Siria. Nonostante fosse già stata descritta dalla psichiatra infantile Anna-Lisa Anell come una malattia molto rara che si manifesta in seguito ad un grave trauma psicologico, è stata riconosciuta ufficialmente solo a partire dal 1 gennaio 2014, data in cui il Consiglio nazionale svedese l'ha inserita nella classificazione svedese degli ICD-10 (ICD-10-SE;F32.3A). La sintomatologia si presenta a seguito del mancato riconoscimento della richiesta di rifugiati o richiedenti asilo presentata da parte dei genitori e proprio questa caratteristica temporale aveva inizialmente indotto a pensare ad una sindrome di simulazione o fittizia volta ad ottenere il permesso di soggiorno. Sulla origine di questa sindrome si sono susseguite diverse ipotesi ma tutte, pur nella loro differenza, condividono che alla sua origine vi sia una condizione di vulnerabilità e trauma. L'ambiente emotivo sperimentato dal bambino determina delle conseguenze che porterà per tutta la vita divenendo o solidarietà o vulnerabilità emozionale (Ammaniti, 2014). In questa circostanza la vulnerabilità è determinata dall'età e dalla condizione di rifugiati o richiedenti asilo, mentre il trauma è di tipo multidimensionale: il trauma pre-migratorio, migratorio, post-migratorio, familiare e in ultimo

il trauma del rifiuto (Caldarozzi, 2010). Il trauma è una condizione esterna che agendo su un individuo ne determina una alterazione neurologica in grado di modificare il comportamento del soggetto. Il neuroimaging mostra nei soggetti esposti a trauma una disattivazione dell'area di Broca, della corteccia prefrontale destra e sinistra e una attivazione dell'area 19 di Brodmann e dell'amigdala. Queste alterazioni spiegano il perché i soggetti traumatizzati presentano una difficoltà (e inizialmente una impossibilità) a verbalizzare l'evento o una incoerenza strutturale nel racconto, con attivazioni fisiologiche ed una incapacità a circoscrivere l'evento nel passato (Van Der Kolk, 2015). Nel tempo si sono susseguite e integrate diverse teorie in merito alla causa di questa sindrome. L'interpretazione psicodinamica proposta da Bogegård (2005) e Godani et al. (2008) individuano nella madre l'elemento trainante e il comportamento dei bambini può essere interpretato come una strategia di coping nella quale il trauma della madre viene proiettata sul bambino. Questa interpretazione, correlabile ad uno scenario di Munchausen per procura, non ha trovato riscontro nella comunità scientifica. La catatonìa è un'ipotesi che è stata studiata come correlata a questa sindrome. La prima descrizione di catatonìa risale al 1874 quando lo psichiatra tedesco K. Kahlbaum nella sua monografia *Die Katatonie oder das Spannungsirresein* conìò questo termine per descrivere un disturbo il cui nucleo sintomatologico era costituito da manifestazioni di tipo comportamentale e motorio (negativismo, mutismo, immobilità, rigidità, manierismi, stereotipie) accompagnati da sintomi affettivi, cognitivi e neurovegetativi (Sallin, 2016). L'autore ne delinea quindi un'entità diagnostica autonoma. Di segno opposto furono invece le posizioni di E. Kraepelin sulla natura e il significato diagnostico della catatonìa che perse il suo valore di entità diagnostica autonoma, divenendo uno dei sottotipi clinici della *dementia praecox*. Nel 1916, E. Bleuler, sostituì il termine *dementia praecox* con quello di schizofrenia: la catatonìa veniva confermata come sottotipo della

schizofrenia. Negli anni successivi altri autori fornirono ulteriori descrizioni di questa sindrome, ma la concezione Kraepeliniana della catatonìa come espressione clinica del disturbo schizofrenico è risultata a lungo preponderante influenzando i sistemi internazionali di classificazione dei disturbi mentali infatti nel DSM la catatonìa è stata classificata tra i possibili sottotipi di schizofrenia. A partire dalla seconda metà degli anni '70 numerosi studi rivalutarono l'originaria concezione di Kahlbaum ridimensionando l'importanza dell'associazione con la schizofrenia. La catatonìa, seppur separata dalla schizofrenia, non è trattata nel DSM-5 come una classe indipendente ma la riconosce associata ad un altro disturbo mentale, o un'altra condizione medica o senza specificazione. Viene così definita come la presenza di tre o più sintomi su un elenco di dodici (catalessia, flessibilità cerea, stupore, agitazione, mutismo, negativismo, postura fissa, manierismo, stereotipia, smorfie, ecolalie, ecoprassia) e stupore, mutismo e negativismo sono risultati sintomi generali presenti nella sindrome della rassegnazione indipendenti dall'età. Tuttavia la catatonìa pediatrica è stata suggerita per la presenza di tre sintomi cardinali quali immobilità, mutismo e rifiuto di ingerire. Dhossche et al. (2012) sostengono che la catatonìa pediatrica è la vera diagnosi della sindrome della rassegnazione e che la privazione, l'abuso e il trauma determinano la precipitazione nello stato catatonico nei bambini e adolescenti (Bartolommei, 2012). Nel 2020 sulla *European Child & Adolescent Psychiatry* è stato pubblicato uno studio condotto su 46 bambini (22 maschi e 24 femmine) con sindrome della rassegnazione di grado 2 per un periodo consecutivo che va dal 2010 al 2018. Una minoranza di questi bambini proveniva da zone di guerra, la maggioranza apparteneva ad una minoranza etnica o religiosa nella propria patria e quasi tutti sono stati perseguitati. Tutti i bambini avevano subito violenze o avevano assistito o sentito parlare di violenze contro i familiari stretti e inoltre la maggior parte dei bambini aveva uno o entrambi i genitori affetti da disturbi mentali o fisici gravi. L'età di

insorgenza del primo sintomo di malattia per i ragazzi era di 11,2 anni, per le ragazze 11,8 e l'età per cadere in stupore per i ragazzi e le ragazze era la stessa: 12,9 anni. I due sessi si differenziavano per la sintomatologia che precedeva la condizione di stupore: mentre le ragazze tendevano ad avere la depressione, i ragazzi tendevano ad avere il disturbo post-traumatico da stress PTSD. La conclusione è che la sindrome della rassegnazione è sempre correlata a precedenti gravi traumi e presenta caratteristiche di catatonìa (Von Knorring, 2019). Nonostante questi studi, le benzodiazepine non sono mai state provate su questi bambini. Secondo l'ipotesi psicoanalitica (Sánchez, 2020), invece, la sindrome della rassegnazione è una forma estrema di stupore dissociativo in cui la somatizzazione è il veicolo che consente l'espressione dell'impotenza e della paura. Questa ipotesi attribuisce importanza al fattore età, sostenendo che essa non compare prima dei 7 anni poiché prima l'informazione non viene elaborata frontalmente e dopo i 19 anni poiché dopo ha inizio la responsabilità che ostacolerebbe il fenomeno. La sindrome è in risposta al rischio di un evento traumatico rappresentato dal rientro nel Paese di origine a seguito del negato permesso di soggiorno ai genitori e il letargo rappresenta una espressione di impotenza e disperazione che assume il ruolo di lacrime traumatiche. Il silenziamento delle emozioni negative invade lo spazio mentale e maggiore sono i traumi tanto più patologici e invadenti saranno questi vuoti che diventano espressione e rappresentanza. È importante sottolineare che i genitori sono incapaci di assolvere alla loro funzione contenitiva e trasformativa nei confronti dei bambini che quindi affrontano l'evento traumatico senza avere risorse adeguate e ricorrendo dunque alle forme primitive di difesa. Queste ipotesi, però, non spiegano la distribuzione geografica dell'area di provenienza di questi bambini e neanche il perché questa sindrome si sia manifestata in Svezia. In merito alla distribuzione geografica sono emerse delle ipotesi legate alla psicogenesi culturale e al contagio emotivo. La cultura, per quanto spesso ignorata, è il filtro

attraverso il quale il mondo viene sperimentato determinando le opportunità e i vincoli individuali e il senso di individualità. A culture diverse corrispondono anche aspettative e convinzioni differenti che regolano i meccanismi di controllo e comportamento (Caprara, 2000). Il corpo, oltre che entità biologica, è anche un prodotto storico-culturale e come tale strumento di espressione culturale (Tortolici, 2007). In un rapporto commissariato dal governo svedese nel 2006, un team di esperti ipotizzavano che la sindrome della rassegnazione fosse legato a un elemento culturale, un disturbo psicologico endemico legato ad una specifica società. Il rapporto sosteneva che i bambini affetti da questa sindrome provenivano da "culture olistiche" nelle quali era difficile definire dei confini tra le sfere personali e quelle collettive. In queste culture collettiviste le differenze individuali si annullano e il gruppo rappresenta l'unità di base (Myers, 2017). In questa interpretazione il corpo diviene espressione quindi non solo delle paure dei bambini ma anche di quelle degli adulti. Questa caratteristica culturale favorisce il fenomeno del contagio emotivo, un contagio automatico e involontario nel quale, il corpo diviene espressione non solo del singolo ma della famiglia. Il contagio emotivo non è un fenomeno limitato alla sola infanzia, ma può presentarsi anche successivamente entrando in gioco meccanismi di assimilazione, introiezione e identificazione favoriti da una scarsa separazione tra sé e l'altro. In questo caso il contagio emotivo non rappresenta necessariamente una regressione disfunzionale ma una modalità adattiva di costruzione sociale e sopravvivenza in specifiche situazioni. In merito al perché questa sindrome si sia manifesta in Svezia, si è avanzata l'ipotesi legata alla codifica predittiva. La Svezia era un paese aperto all'accoglienza che garantiva in tempi brevi accoglimento rispetto alle domande di asilo pertanto questo aveva generato nelle famiglie richiedenti asilo un'aspettativa di accoglimento che si è conclusa, invece, in un respingimento spesso letto e tradotto dai ragazzi. Il cervello funziona in termini di codifica predittiva (Alegiani, 2021)

enfaticamente le aspettative e le previsioni sulla realtà e questo spiegherebbe alcune patologie derivanti dal confronto tra esperienze in corso e aspettative. La situazione di stress estremo che ne deriva e le prospettive negative non sono, in circostanze normali dannose in quanto guiderebbero il cambiamento volto a superare la situazione. Al contrario, quando a causa di esperienze precedenti l'aggiustamento è assente, si perpetuano le situazioni negative con conseguenze fisiologiche, sensoriali e comportamentali. Questo spiegherebbe il progressivo ritiro di questi bambini da un ambiente che, dopo averli illusi, li ha respinti. La sindrome della rassegnazione può quindi essere concepita all'interno di un quadro di codifica predittiva in cui il comportamento risultante ha funzione di ridurre al minimo l'errore di previsione oppure di suscitare supporto dall'ambiente circostante. In entrambi i casi il modello di reazione è legato alla cultura. La sindrome della rassegnazione, inizialmente associata ad sindrome fittizia o di simulazione, è dunque una sindrome complessa caratterizzata da una multifattorialità individuale, familiare, culturale e politica.

---

CORRISPONDENZA A:  
[mpantalone@gmail.com](mailto:mpantalone@gmail.com)

---

## BIBLIOGRAFIA

1. Von Knorring A.I., Hultcrantz E., *Asylum-seeking children with resignation syndrome: catatonia or traumatic withdrawal syndrome?"* in European Child & Adolescent Psychiatry, 2019, 29, pp. 1103-1109.
2. Spiaggiari O., *Sindrome della rassegnazione: la malattia dei bambini migranti*, 2018.
3. Ammaniti M., Gallese V., *La nascita della intersoggettività. Lo sviluppo del sé tra psicodinamica e neurobiologia*, Raffaello Cortina Editori, 2014.
4. Caldarozzi A. (a cura di), *Le dimensioni del disagio mentale nei richiedenti asilo e rifugiati. Problemi aperti e strategie di intervento*, 2010.
5. Van Der Kolb B., *Il corpo accusa il colpo*. Raffaello Cortina Editore, 2015.
6. Sallin K., Lagercrantz H., Evers K., Engström I., Hjern A., Petrovic P., (2016), *Resignation Syndrome: Catatonia? Culture Bound?*, in *frontiers in Behavioral Neuroscience*, Volume 10, 2016, 7, pp. 1-18.
7. Bartolommei N., Lattanzi L., Callar I A., Cosentino L., Luchin I.F., Mauri M. *Catatonia: una revisione critica del concetto e indicazioni terapeutiche*, in *Journal of Psychopathology*, 2012,18, pp. 1-4.
8. SÁNCHEZ, T.S.,(2020), "Sindrome de resignación. Trauma migratorio, somatización y disociación extremas", in *apertura psicoanalíticas*, 63, pp 1-23.
9. Caprara G.V., Cervone D., *Personalità. Determinanti, dinamiche, potenzialità*. Raffaello Cortina Editore, 2000.
10. Tortolici C.B., Stievano A., *Antropologia e nursing*, Edizione Carocci Faber, 2007.
11. Myers D.G., Twenge J.M., Marta E., Pozzi M., *Psicologia sociale*, Mc Graw Hill Education, 2017.
12. Alegiani A., *La teoria della codifica predittiva e la rappresentazione mentale*. *Rivista Sistemi intelligenti*, Il Mulino a.XXXIII, 2021, n.1, pp167-184.

## 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.

**Presidente:**

Mauro Percudani, Milano

**Presidente Eletto**

Massimo Clerici, Monza

**Segretario:**

Giovanni Migliarese, Vigevano

**Vice-Segretario:**

Matteo Porcellana, Milano

**Tesoriere:**

Gianluigi Tomaselli, Treviglio

**Consiglieri eletti:**

Antonio Amatulli  
Luisa Aroasio  
Stefano Barlati  
Scilla Beraldo  
Giorgio Bianconi  
Debora Bussolotti  
Paolo Cacciani  
Camilla Callegari  
Simone Cavallotti  
Federico Durbano  
Gian Marco Giobbio  
Alessandro Grecchi  
Carlo Fraticelli  
Carla Morganti  
Silvia Paletta  
Nicola Poloni  
Paolo Risaro  
Matteo Rocchetti  
Marco Toscano  
Caterina Viganò

**RAPPRESENTANTI**

**Sezione "Giovani Psichiatri":**

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

**Membri di diritto:**

Giancarlo Cerveri  
Emi Bondi  
Pierluigi Politi  
Emilio Sacchetti

**Consiglieri Permanenti:**

Alberto Giannelli  
Simone Vender  
Antonio Vita  
Giuseppe Biffi  
Massimo Rabboni  
Claudio Mencacci