



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

Anno XXXVI • 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 Durbanò (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.

IN PRIMO PIANO

- 6** Psicosi e uso di sostanze un legame complesso che necessita di uno sguardo libero
di Cerveri G.
- 13** La salute mentale in Italia oggi: non "solo" un problema di finanziamenti
di Calò P.
- 17** L'indifferenza: ottavo vizio (o peccato) capitale o disturbo della personalità?
di Giannelli A.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

- 24** La scatola dei balocchi: studio esplorativo per la rilevazione dei comportamenti di azzardo nei giovani
di Barbini D., Caimi A., Coppin P., Redaelli S.F., Scaramuzzino M.F., Micheli D., Negri A.
- 33** Stigma e malattia mentale: opinioni ed atteggiamenti all'interno dei servizi di cura Indagine multicentrica nel territorio lombardo
di Costa A., Camastra M. e Zilioli L.
- 43** Disturbo depressivo maggiore nell'anziano: trattamenti evidence-based e nuove prospettive
di Dibenedetto, C., Masserini, A., Corbelli, M., Giordano B., D'Agostino, A., Cavallotti S.
- 51** Riabilitazione psichiatrica: dall'urgenza alla costruzione di nuovi percorsi
di Grecchi A., Casula V., Campagna V., Vairano F., Beraldo S., Miragoli P.
- 56** Gli psichedelici tra passato e presente
di Toscano M.
- 66** Un'esperienza pluriennale in un dipartimento di salute mentale dall'introduzione dell'amministrazione di sostegno
di Vender S.

PSICHIATRIA FORENSE

- 75** Breve discorso sulla pericolosità sociale e la psichiatria
di Amatulli A.
- 81** L'elefante nella stanza. Imputabilità e libertà di cura
di Ballantini M.
- 83** La sorveglianza del paziente per evitare autolesioni o il suicidio è doverosa
di Mantovani R.

CONTRIBUTI DA ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

- 85** CONTRIBUTO ATS AITERP - ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA
Quesiti aperti sugli esordi del disagio psichico: passaggio da uopia a uop-dsm
di Fioletti B., Casella N., Scagliarini V.
- 91** CONTRIBUTO DI SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE (S.I.S.I.S.M.)
L'impatto della pandemia da Covid-19 sull'organizzazione del DSM. Il ruolo dell'Infermiere tra decisione, responsabilità, educazione e complessità
di De Paola T., Staltari M., Moro C.G.

ANGOLO DELLA REDAZIONE

- 98** Luci e Ombre della Solitudine.
Manuela Barbarossa, Alberto Giannelli e Marialfonsa Fontana Sartorio di Cerveri G.

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

Riabilitazione psichiatrica: dall'urgenza alla co-struzione di nuovi percorsi

Grecchi A.; Casula V.°; Campagna V.°;
Vairano F.°; Beraldo S.*; Miragoli P.***

INTRODUZIONE

Nell'attualità fenomeni quali il revolving door e l'urgenza dell'accettazione e dimissione del paziente, oltre alle nuove modalità di espressione della psicopatologia, sono vere e proprie sfide cliniche e organizzative da affrontare anche nel campo della riabilitazione psichiatrica residenziale, e non solo, come una volta, di pertinenza esclusiva del SPDC.

Le richieste di inserimento in struttura hanno, oggi, un carattere d'urgenza con invio diretto dai reparti di degenza ospedaliera, spesso, tuttavia, sulle diagnosi alla base dell'invio figurano gli aggettivi "resistente" o "cronico". Questo porta un alto rischio di marginalizzazione e burocratizzazione del lavoro dei Servizi Territoriali competenti, nonché sterilizzazione della riflessione clinica a vantaggio di un ossessivo perfezionamento di procedure e di protocolli di trattamento. La funzione del curante, quindi, vira sempre più verso quella del controllo, con il rischio della formazione di contenitori, le strutture residenziali, funzionanti con modalità autarchiche e auto-referenziali in attesa di eventuali passaggi dei pazienti in contenitori successivi non sempre orientati all'evoluzione del percorso di cura e all'autonomizzazione.

Inoltre, le nuove espressioni psicopatologiche, anche di quadri classici (ad esempio l'utilizzo di sostanze, il gioco d'azzardo, le plurime comorbidità), richiedono una riflessione su contenitori di cura ancora legati a modelli non più attuali e che, sull'urgenza, si devono adattare a contenuti non totalmente appropriati. Il modello terapeutico contenuto-re/contenuto così importante e vitale nel campo è oggi, nella realtà, in crisi.

Riteniamo sia possibile e necessaria una revisione del modello terapeutico contenitore/contenuto, (così im-

portante e vitale dal punto di vista clinico,) attraverso una prospettiva più dinamica dal punto di vista psicopatologico, in grado di definire lo stadio clinico in termini evolutivi anziché statici, con l'obiettivo dichiarato di modificare la traiettoria di malattia.

Questo modello ha lo scopo di permettere l'invio del paziente nel contenitore riabilitativo più indicato allo stadio di patologia nel momento dell'inserimento nella struttura residenziale.

Una tale applicazione può avvenire laddove sia presente. In primo luogo, una varietà di tipologie di strutture riabilitative fortemente collegate tra di loro, oltre che con gli altri servizi del DSMD. Inoltre, risulta necessario il poter usufruire di tecnologie e consulenze per valutazioni cognitive e di neuro-imaging, in un tempo medio di valutazione clinica (mediante anche scale di valutazione validate) e sia possibile applicare interventi psicosociali, psicoterapeutici e riabilitativi integrati.

Descriveremo a quale modello riteniamo di far riferimento e come si intende procedere ad una riorganizzazione dei Servizi già attivi nella definizione di un'indicazione di percorso.

IL MODELLO DELLA STADIAZIONE CLINICA COME DETERMINANTE PER L'APPROPRIATEZZA DELL'INVIO

La stadiazione clinica è, fondamentalmente, una forma più raffinata di diagnosi, data la sua enfasi sulla comprensione dettagliata delle conseguenze della progressione della malattia, consentendo di indirizzare gli interventi allo stadio specifico della malattia (Mei C, 2019).

Lo scopo è, quindi, quello di passare da un quadro diagnostico statico ad un quadro clinico basato sull'evidenza, in cui ogni stadio sindromico è integrato da una fenotipizzazione psicologica, neurobiologica e clinica completa (McGorry, 2016).

L'ambizione centrale di questo modello è ridurre il rischio di progressione verso stadi successivi, minimizzando anche le menomazioni e le comorbidità secondarie,

attraverso l'implementazione di trattamenti mirati a quei fattori neurobiologici o psicosociali specifici che sono evidenti nelle varie fasi di malattia (Hickie, 2013).

Gli obiettivi principali sono, dunque, una riduzione della disabilità attuale e una modifica della traiettoria di malattia.

Questo modello transdiagnostico delinea varie fasi che vanno dall'essere asintomatico (paziente a rischio), passando al lievemente sintomatico, fino alle fasi successive di cronicizzazione.

In questo contesto vengono imposti cut-off arbitrari ai fenomeni dimensionali, allo scopo di cercare una migliore utilità clinica per le decisioni terapeutico-riabilitative. Inoltre, un altro presupposto chiave è che una volta che un individuo ha raggiunto uno specifico stadio di malattia (che nel modello si configura nello stadio 2), non può retrocedere nella stadiazione.

Nella nostra ipotesi, l'applicazione di questo modello si riferisce ai gravi disturbi psicotici e a quelli dell'umore.

Gli stadi definiti sono 5 (da 0 a 4), ma solo gli ultimi tre sono di nostro effettivo interesse per le strutture residenziali.

Lo **stadio 0** vede individui asintomatici che non hanno richiesto assistenza sanitaria, ma fanno parte di un gruppo di persone a rischio per la presenza di parenti giovani (12-25 anni) di primo grado con diagnosi psichiatriche primarie e/o disturbi del neurosviluppo: questa fase è progettata primariamente per condurre studi di coorte e non riguarda pertanto il nostro caso.

Lo **stadio 1 (che si articola in 1a e 1b)** include quelle prime fasi della malattia associate a richieste di cura per sintomi aspecifici lievi o moderati, cambiamento del funzionamento lieve, profilo cognitivo nella norma, assenza di marcatori endofenotipici biologici indicativi (ad esempio volume corticale nella norma.): in questa fase sono indicati alcuni interventi psicoeducativi e di riduzione del danno (ad es. consumo di sostanze). Nemmeno questa, tuttavia, rappresenta uno stadio di osservazione nelle strutture riabilitative psichiatriche.

Lo **stadio 1a** consta di individui in cerca di aiuto,

tipicamente ad adolescenti o giovani adulti, che si presentano con sintomi aspecifici (ansia e depressione moderate), senza impatti significativi o persistenti sulle prestazioni sociali, educative o occupazionali e senza comorbidità maggiori.

Lo **stadio 1b** riguarda invece i soggetti definiti Ultra-High risk che presentano sintomi moderati ma sottoglia, cambiamenti neurocognitivi moderati e declino funzionale da moderato a severo (GAF 60-70); possono essere presenti marker biologici indicativi, ad esempio una lieve perdita di materia grigia (corteccia prefrontale, lobo temporale, cervelletto, mesencefalo).

Lo **stadio 2** è rappresentato da soggetti al primo episodio di disturbo psichiatrico completo, con significativi cambiamenti neurocognitivi e impatti funzionali maggiori (GAF 40-60); sono persone inviate ai servizi specialistici (CPS e SERD ad es.). Gli interventi a loro devoluti iniziano a essere integrati: si sovrappongono interventi psicoterapeutici (ad es CBT), psicoeducativi e si introducono terapie farmacologiche (SGA, antidepressivi, litio). Ai marker biologici precedentemente individuati si sommano una significativa perdita di sostanza grigia (riduzione del volume della corteccia ippocampale, temporale e prefrontale dorsale), un ritardo di fase del ritmo circadiano e ipercortisolemia.

Lo **stadio 3** vede remissioni incomplete dal primo episodio, ricorrenze o recidive; il deterioramento delle funzioni neurocognitive e il declino funzionale sono gravi (GAF < 40). Inoltre, rispetto allo stadio 2, le alterazioni dei marker biologici sono più importanti e i trattamenti hanno un focus sul lungo periodo.

Nello **stadio 4** il grado di malattia è severo, il deterioramento cognitivo maggiore e il declino funzionale sempre più grave (GAF < 30); i trattamenti possono comprendere l'introduzione di farmaci come clozapina (necessitante di controlli ematici seriati). Tra i marker neuropsicologici si può apprezzare un ampliamento dei ventricoli.

Quello che appare di nostro interesse è riuscire a definire dove si collocano gli individui in questo contesto,

allocando le maggiori risorse sugli stadi di malattia più precoci, ovvero indirizzando i pazienti nelle strutture più adatte alla situazione evidenziata.

La discussione dei casi deve avvenire all'interno della programmazione di riunioni di Unità Operativa a cadenza mensile, con il coinvolgimento dei referenti di tutte le strutture riabilitative residenziali. Da questa valutazione emerge la tipologia di struttura residenziale di scelta e una definizione delle potenzialità evolutive personali.

ORGANIZZAZIONE E RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI RIABILITATIVI NELLA FASE PRECOCE DI ACCOGLIENZA

La nostra Residenzialità Psichiatrica presenta un'offerta riabilitativa caratterizzata da più strutture:

- SRP1: strutture residenziali psichiatriche per il trattamento terapeutico riabilitativo di tipo intensivo, comunità riabilitative ad alta e media assistenza (CRA e CRM)
- SRP2: strutture residenziali psichiatriche per il trattamento terapeutico riabilitativo di tipo estensivo, presidi di comunità protetta, sempre differenziate in alta e media assistenza (CPA e CPM)

A queste si aggiunge la possibilità, mediante il programma di budget di salute, della costruzione di un progetto territoriale, con l'inserimento in appartamenti con diverse intensità riabilitative.

In essere le SRP3 che verrebbe suddivise in 3 sottocategorie a seconda delle ore di presenza del personale in struttura (24 h, 12h e a fasce orarie prestabilite). Non si annoverano, invece, CPB, per le quali si sta procedendo alla chiusura definitiva.

Sono diagnosi di elezione per l'allocazione: disturbi dello spettro schizofrenico, sindromi affettive di severa entità e gravi disturbi della personalità.

L'obiettivo che ci si prefigge è quello di individuare una risposta appropriata ai bisogni specifici del paziente, cercando di intercettare utenti che si localizzano, possibilmente, tra lo stadio 2 e lo stadio 3 di malattia.

Dato il contesto attuale, caratterizzato da una forte richiesta di ricovero residenziale proveniente dagli SPDC e dalla difficoltà da parte dei Servizi Territoriali nell'organizzazione dei programmi di cura, il modello dapprima presentato si raffigura come risposta ad una "crisi" del sistema. Si cerca infatti un'integrazione tra vecchi e nuovi saperi, affinando il lavoro svolto negli SPDC e fornendo nuove informazioni ai Servizi curanti, per consentire sia la ripresa di una riflessione sul caso (il passaggio da SPDC a SR rischia infatti di rendere "orfano" il paziente dei propri riferimenti territoriali), sia di una integrazione tra strutture, così da evitarne l'atomizzazione.

Nell'ottica di una stadiazione iniziale, la CRA rappresenta il presidio cardine nella ridefinizione clinica e terapeutico-riabilitativa dei pazienti. La sua forte connessione con le strutture ospedaliere dipartimentali ed extra dipartimentali permette, all'interno dei programmi di post acuzie, l'attivazione di una serie di interventi diagnostici complessi: tra questi, ad esempio, il neuroimaging in collaborazione con la Neuroradiologia e una valutazione testifica complessa in collaborazione con la Psicologia Clinica.

L'elaborazione dei dati in accordo con la clinica espressa e la possibilità di osservare i pazienti in tempi medio-lunghi (3-6 mesi) nei percorsi di post acuzie, offre l'opportunità di impostare un primo programma di trattamento integrato (farmacologico, di riabilitazione cognitiva, psicoterapeutico, familiare, risocializzante e di attivazione di una valutazione circa le competenze lavorative), oltre che di stadare il paziente e indirizzarlo nella struttura maggiormente appropriata o, se non ancora pronto, permettergli di continuare il percorso di cura ad alta intensità riabilitativa all'interno della CRA.

La riabilitazione cognitiva vede invece il suo punto di realizzazione nella CPM, in cui sono state già attivate postazioni che potrebbero ricevere pazienti (anche provenienti da altre strutture) per la somministrazione delle Cognitive Remediation Therapy (CRT). Questa

struttura si collocherebbe, quindi, come punto ultimo tra la riabilitazione residenziale e il successivo passaggio sul territorio, accogliendo pazienti direttamente dagli altri presidi residenziali.

Una riflessione di fondo è già stata fatta sulla funzione della CPA dipartimentale, che è solita accogliere pazienti che potremmo indicare collocarsi tra lo stadio 3 e 4. Il pensiero elaborato, e già messo in atto, consta della possibilità di inserimento in essa di una parte di pazienti giovani caratterizzati da psicopatologia difettuale grave, ma non cronicizzata (stadio 2 o 3), riduci da un periodo di malattia non trattato non estremamente lungo, per iniziare un processo riabilitativo estensivo. Questo primo passo, non dovrebbe risultare eccessivamente stimolante, in quanto l'obiettivo è quello di un periodo riabilitativo che consenta il passaggio verso contenitori maggiormente stimolanti e orientati al territorio, attraverso modalità armoniche di ricostruzione dell'esperienza caratterizzate da diffusione, lentezza e supportabilità. Tale residenza verrebbe così rinnovata e sistematizzata secondo il modello preposto, pur mantenendo un'area rivolta a pazienti in stadio 4.

Per quanto concerne la CRM, essa ha da sempre avuto una vocazione all'apertura verso il territorio con attività rivolte all'autonomizzazione, con la possibilità di accogliere pazienti in stadio 2 attraverso l'invio dalla CRA o la connessione con il Centro Giovani Ponti. Quest'ultima citata struttura dipartimentale è rivolta ai soggetti tra i 16 e i 25 anni, fornisce prestazioni psicoterapeutiche orientate anche ai disturbi personologici.

Un primo raccordo con i Servizi è quindi già iniziato e tuttora in fieri.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

È quindi realmente possibile un impianto di questo tipo? Il lavoro lento e graduale per una riorganizzazione dell'attività riabilitativa, a partire dalla selezione degli utenti, che si svolga coerentemente con le conoscenze acquisite e aprendosi a nuove modalità di intervento coerenti con

il modello bio-psico-sociale richiede pensiero, tempo, personale specializzato e motivato e mezzi disponibili. Una evoluzione è già in essere e spinta dai programmi di dimissione verso il Budget di Salute e quindi a forte valenza territoriale.

Queste possibilità offerte dalla particolare collocazione e varietà delle strutture residenziali garantiscono un ponte e un servizio, nelle prime fasi, utilizzabile anche dai Servizi Territoriali cui rimane in capo la presa in carico che possono servirsi delle informazioni ottenute per rielaborare il programma terapeutico degli utenti.

Il lavoro andrà strutturato nei prossimi mesi attraverso la costruzione di protocolli con le strutture coinvolte e non solo attraverso l'attivazione di consulenze/esami estemporanei e una formazione puntuale rispetto alle esigenze portate dal programma (già in questa direzione si è svolta una prima formazione sull'uso di strumenti di valutazione specifici e validati).

Una semplificazione del processo di stadiazione andrà operata in considerazione delle risorse e dell'utilizzo nel mondo reale.

La motivazione del personale coinvolto nel progetto riabilitativo è un altro aspetto, fondamentale, da considerare: una modificazione delle procedure d'invio e d'accoglienza, con un conseguente programma riabilitativo chiaro e adeguato allo stadio dell'utente, dovrebbe rappresentare un elemento di incentivazione al lavoro d'equipe nelle Strutture Residenziali evitando il turnover del personale e il rischio di svuotamento e delle funzioni evitando di "navigare in una bonaccia relazionale che suscita noia e paralisi" (Saerles, 1965; Zapparolo, 1979).

In conclusione l'elaborazione di un progetto di questo tipo permette di coniugare la funzione diagnostico-terapeutica ad una crescita del personale cambiando così nel tempo la cultura del Servizio e dei Servizi collegati (in termini di invii e programmi clinici).

In tal modo rimarrebbe sempre centrale la cura dell'utente, personalizzata, senza rinunciare alla riabilitazione classica ed al rapporto terapeutico (Sassolas, 1997).

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Medico Psichiatra, DSMD ASST Santi Paolo e Carlo, P.O.*

San Carlo Borromeo

° *Medico Specializzando in Psichiatria, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Milano*

***Direttore Unità Operativa di Psichiatria P.O.*

San Carlo Borromeo, DSMD ASST Santi Paolo e Carlo

BIBLIOGRAFIA

1. Mei C, McGorry PD, Hickey IB. *Clinical staging and its potential to enhance mental health care*. In *Clinical Staging in Psychiatry*. Cambridge University Press. 2019.
2. McGorry PD. *Why we need a transdiagnostic staging approach to emergency psychopathology, early diagnosis, and treatment*. *JAMA Psychiatry* 73, 3, 191-2. 2016.
3. Hickey IB. *Applying clinical staging to young people who presents for mental health care*. *Early Intervention in Psychiatry* 7,1, 31-43. 2013.
4. McGorry PD, Van Os J. *Reexamining diagnosis in Psychiatry: timing versus specificity*. *The Lancet*, 381, 343-345. 2013.
5. Searles HF. *Collected papers on Schizophrenia and related Subjects*. The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. Londra. 1965. Trad It. Scritti sulla Schizofrenia. Bollati Boringhieri. Torino, 1974.
6. Zapparoli C. *La paura e la noia*. Il Saggiatore. Milano. 1979.
7. Sassolas M. *La psychose a rebrousse-poil*. Ed Eres. Ramonville Saint-Agne, France. 1997. Trad It. Terapia delle psicosi. Ed Borla. Roma, 2004.

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.

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