



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



CONTRIBUTI DA ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE E AREE PROFESSIONALI

CONTRIBUTO AITERP

ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA (ATS)

Quesiti aperti sugli esordi del disagio psichico

Passaggio da UONPLA a UOP-DSMD

Fioletti B.; Casella N.º; Scagliarini V. ^*

Nel corso degli anni, i compiti dei Servizi dei DSMD hanno dovuto ampliarsi in risposta ai mutamenti della realtà nella quale si sono trovati immersi, seguendo cornici legislative-normative [si vedano, tra le altre, ad es. il Piano Regionale per la Salute Mentale del 2004 (PRSM 2004); il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM) del 2013; Legge Regionale 15 del 2016 (“Norme in materia di tutela della salute mentale”) (1)], entrando in risonanza con la differente tipologia di utenza portatrice di bisogni specifici e facendo emergere in primo piano scenari precedentemente sullo sfondo. È stato, quindi, necessario estendere la visione a includere gli orizzonti che rappresentano le cosiddette popolazioni speciali, aventi diritto di accedere a percorsi di cura personalizzati, efficaci ed efficienti. Esordi psicotici e soggetti a rischio, disturbi dell’umore, disturbi di personalità, disturbi del comportamento alimentare, autori di reato, pazienti stranieri, doppie diagnosi e ancora psicogeriatra

e neuropsichiatria infantile (2). Popolazioni che sfidano il sistema dipartimentale in termini di continuità delle cure, di specificità degli interventi, di creazioni di reti e alleanze, di organizzazione, di condivisione degli obiettivi e di gestione delle risorse (sia professionali che strutturali). È da ritenersi, ormai, per assodata, l’importanza di promuovere la salute mentale nei giovani, siano essi portatori di stati mentali a rischio di transizione verso forme conclamate, siano essi sintomatici e con una qualità di vita ridotta o, più in generale, portatori di disagi mentali e vulnerabilità. Adolescenza e prima età adulta rappresentano fasi di vita interessate da molteplici trasformazioni biologiche, fisiche e psicologiche cui si associano cambiamenti sociali significativi, come ad es. maggiore indipendenza dalle figure genitoriali e dal gruppo di pari, instaurarsi di relazioni intime, conclusione di esperienze formative avvicinandosi al mondo del lavoro (3). Negli ultimi anni, in un mondo in cui alle trasforma-

zioni sociali e culturali, che già normalmente impattano sulla salute mentale dei giovani, si sono sommate anche le ripercussioni lasciate dal passaggio della pandemia. Quest'ultima ha stravolto la percezione dell'esperienza personale e sociale, portando a un rallentamento dello sviluppo e dell'acquisizione di abilità, all'isolamento nei propri ambiti di vita quotidiana impoverendo i canali comunicativi interpersonali "classici" e lasciando spazio a nuovi strumenti (piattaforme virtuali che consentono ritiro sociale pur mantenendo comunicazione col mondo esterno), alla perdita di fiducia in un mondo e in un futuro già considerati incerti.

Come dimostrato da numerosi studi, esiste una relazione direttamente proporzionale tra il grado di vulnerabilità nei giovani e il rischio di sviluppare disturbi mentali o problemi di salute mentale e *deficit* del funzionamento sociale e personale. La sintomatologia sconvolge e arresta il conseguimento delle normali tappe di sviluppo ma alcuni interventi proposti dai Servizi, come ad es. farmacoterapie, psicoterapia cognitivo comportamentale, interventi riabilitativi, individuali o di gruppo, interventi psicoeducativi coinvolgendo le famiglie, le figure leader dei giovani stessi (es scuola, associazioni, comunità religiose o sportive), agenzie e soggetti esterni alla rete formale, vengono considerati essenziali o "gold standard". I Servizi, però, dovrebbero, inoltre, concepire i propri interventi anche in termini di prevenzione, sia essa primaria (rivolta a tutta la popolazione per la sensibilizzazione in merito alle tematiche della salute mentale, aumentando grado di informazione ed inclusione e riducendo lo stigma legato ad esse), secondaria (rivolta a parte della popolazione "a rischio", per diagnosi precoci delle patologie ed interventi tempestivi per la riduzione degli impatti negativi) o terziaria (rivolta prevenzione delle complicanze e delle recidive). Dentro e fuori dai Servizi perché gli utenti arrivino precocemente (livello di prevenzione secondaria), mantengano compliance ed adesione ai percorsi di cura, in opposizione alla minaccia sociale esercitata da stigma e autostigma, e possano essere opportunamente

supportati durante il delicato viaggio tra un Servizio e un altro (UONPIA-UOP), senza il rischio di perdersi. La rete costruita attorno ai Servizi UONPIA, seppur con una modalità a macchia di leopardo, si è sviluppata, sul territorio italiano, secondo un modello analogo a quello dei Servizi per la gestione territoriale delle patologie psichiatriche. Il servizio territoriale UONPIA è sede per la presa in carico del minore e la gestione integrata dei bisogni di cura e di salute dello stesso e della famiglia, da parte di un'équipe multiprofessionale, realizza assistenza specialistica con particolare riferimento all'ambito neuropsichiatrico e riabilitativo dell'età evolutiva, consentendo positivi risultati di esiti e costi (Regione Lombardia 2008). Sebbene esistano significative differenze tra organizzazione territoriale UOP e polo territoriale UONPIA (struttura prettamente ambulatoriale orientata alla valutazione, al trattamento e alla riabilitazione, in cui non è ancora prevista la flessibilità della gestione territoriale della patologia psichiatrica ma nella quale la presa in carico è diretta a tutti gli utenti, indipendentemente dal livello di gravità e complessità del caso) (4), queste differenze non dovrebbero ostacolare la possibilità di creare e mantenere una partnership positiva tra i servizi.

Riassumeremo di seguito alcuni punti considerati cruciali nel passaggio da UONPIA a DSMD.

- Per alcuni utenti, in carico ai Servizi UONPIA l'inquadramento diagnostico risulta ben definito; per altri, invece, il compimento della maggiore età diventa occasione per rivalutare il quadro diagnostico e il percorso di cura.
- Accedendo ai servizi del DSMD si assiste alla revisione dei percorsi clinici, sia in ambito territoriale che residenziale, per cui viene valutata, in base alla complessità del bisogno di cura, la necessità o meno di un percorso di trattamento integrato: di presa in carico, vera e propria; di consulenza (una modalità di lavoro strutturata tra DSM e medicina generale per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche); o di assunzione in cura (percorso terapeutico per gli

utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non necessitano di interventi complessi e multi-professionali). Quando si entra nel percorso clinico dei DSMD della presa in carico, si avrà anche la prevista definizione di un Piano di Trattamento Individuale (PTI), stilato dal CSM o dal CPS, i cui contenuti devono riverberare nel Progetto terapeutico riabilitativo (PTR), la presenza di un'équipe multiprofessionale integrata, che include la figura del "case manager", la definizione di obiettivi e di interventi utili per poterli raggiungere.

- Tra i cambiamenti a cui si può assistere rientra, ad esempio, l'introduzione di un approccio farmacoterapeutico nel trattamento al disturbo: l'utilizzo di farmaci psicoattivi, in età evolutiva, rappresenta, infatti, una pratica soggetta a numerosi vincoli normativi ed eseguita con estrema cautela.
- La definizione degli obiettivi dei Progetti Terapeutici Individuali si arricchirà di proposte, come ad es, la tematica dell'area del lavoro, marginali nel lavoro con i minori perché distanti dalle età cronologiche o dalle tappe di sviluppo emotivo e cognitivo in cui i giovani si trovano.
- In alcuni casi, sarà necessaria la nomina della figura dell'amministratore di sostegno, da parte del Tribunale, che potrebbe ricadere su una persona estranea rispetto alla rete di riferimento dell'utente.
- Potrebbe essere indicato un percorso in una struttura territoriale, semiresidenziale o residenziale, dapprima su invio del medico neuropsichiatra UONPIA, successivamente, su conferma da parte del medico psichiatra di riferimento che effettuerà l'invio, al compimento della maggiore età dell'utente, presso nuove strutture dedicate ad accogliere adulti: la presenza visiva diversa dei servizi (si provi a pensare alla camera di un qualunque adolescente a differenza di quella anche solo di un giovane adulto), di ciò che è possibile trovare negli spazi comuni o di come differiscono le proposte riabilitative (ad es quelle relative al

tempo libero) sono altri elementi che, emergendo nel passaggio "al mondo dei grandi", potrebbero incidere sulla continuità terapeutica.

- Possibilità di autodeterminarsi, con riguardo alla propria salute, decidendo sulla salute e sui possibili trattamenti e sulle modalità di cura, esprimendo rifiuto o interrompendo trattamenti: libertà di scelta che non è prevista quando si è minori, poiché sono i genitori o i tutori che firmano l'ingresso in struttura, sia che sia residenziale che semiresidenziale.

La Scarsità di strumenti per la valutazione del funzionamento dei giovani in cura presso le UONPIA [nel panorama italiano, la maggior parte delle valutazioni riguardano il neurosviluppo ad eccezione delle scale, tradotte e validate dal gruppo T-COM (5) CANS (Child and Adolescent Needs and Strengths 0-5 e 5-17) per contesti semiresidenziali e residenziali, e CAT (Crisis Assessment Tool) per le acuzie] (6) rende più complesso l'avvio del processo di cura. In particolare, è la Valutazione della presenza di deficit cognitivi a sancire la possibilità di destinare il giovane all'area della disabilità, e non a quella della salute mentale, incidendo però su risorse, potenzialità e obiettivi futuri dello stesso (ad es. se un ragazzo al compimento dei 18 anni sta ancora frequentando la scuola non può essere inserito in una struttura per la disabilità, a meno che non si abbandoni il percorso scolastico).

Organizzazione di progetti condivisi e il passaggio di informazioni tra le realtà che seguono il minore e i Servizi che se ne occuperanno grazie alla creazione di poli, sia di tipo residenziale che semiresidenziale, progettati e pensati proprio per accogliere ragazzi e ragazze nella fascia d'età dai 16 anni ai 21 o 24 anni, a seconda della struttura. (7)(8)(9)

Oltre alle pubblicazioni relative ai punti sopra elencati, si aggiungono preziosi stimoli di dibattito da situazioni congressuali, come ad esempio, quello svoltosi presso palazzo Lombardia a settembre 2023, dal titolo "Uscire dalla crisi collaborando". Prioritaria è sicuramente l'in-

troduzione di strumenti di valutazione nei percorsi di cura dedicati ai minori, premessa importante per agevolare le occasioni di confronto tra i professionisti che si occupano di rispondere al profondo disagio giovanile esploso durante la pandemia e ancora in essere.

I Servizi di Neuropsichiatria, attraverso interventi in urgenza e progetti strutturati territoriali, hanno saputo rispondere parzialmente al profondodisagio

dell'adolescenza della famiglia, come sottolinea il titolo del convegno sopra citato: a questa emergenza si è riusciti a fare fronte solo costruendo risposte di cura attraverso la collaborazione di più realtà territoriali. Il servizio specialistico è giusto che rappresenti solo una parte delle risorse da sfruttare, altrettanto importanti, per confrontarsi con il disagio giovanile, devono essere realtà che i minori incontrano nel normale percorso di crescita: scuola, oratorio, gruppo sportivo, gruppo dei pari, etc. Come ulteriore elemento di criticità della gestione dell'emergenza è stato segnalato più volte il problema del passaggio alla maggior età, come se questo riaprisse la possibilità di sollecitare episodi di crisi, anche in situazioni considerate stabilizzate. Questo tema ha acceso il dibattito, sottolineando come questo passaggio animi posizioni anche contrapposte con altrettante soluzioni che aprano vie molto differenti, tra i discenti, ad esempio qualcuno è arrivato ad auspicarsi la creazione di percorsi comunitari specifici per la fascia di età 18-21 anni. Con quali rischi? Una ulteriore parcellizzazione che renda sempre più difficile affiancare l'utente nella propria crescita.

Riteniamo importante aprire una parentesi sulla realtà riabilitativa dei DSMD che negli ultimi 10 anni, hanno potuto riflettere sulla strutturazione di progetti riabilitativi co-costruiti con la singola persona, calibrati quindi su una valutazione attenta di aree disfunzionali e punti di forza dell'individuo. Ciò si traduce in un progetto riabilitativo strutturato su una serie di impegni personali settimanali che si snodano soprattutto all'esterno dei DSMD. Consentendo di svolgere percorsi scolastici, formativi esterni o ancora percorsi di avviamento al

lavoro, proseguendo il più possibile quello già attivato nel percorso dei servizi invianti che avevano in cura i minori. Si possono, quindi, riscontrare nelle équipes dei CSM/CPS una sensibilità specifica nei confronti di utenti appena giunti alla maggior età. Quest'ultime, nella loro multi professionalità, possono pensare e proporre all'utente un progetto costruito su misura che non preveda solo l'assunzione regolare di una terapia farmacologica ma affianchi ad esse interventi mirati a rispondere alle esigenze educative-riabilitative ed eventualmente anche assistenziali. Sensibilità che è spesso frutto di una buona collaborazione del DSMD con i servizi di neuropsichiatria, che hanno seguito precedentemente il ragazzo, o ancora con i servizi sociali comunali, spesso esercenti la patria potestà sul minore. Vantaggi di un passaggio diretto al servizio di psichiatria è sicuramente quella di una presa in carico precoce, limitando la moltiplicazione di operatori che seguiranno l'evoluzione del percorso. Uno dei problemi più annosi nei passaggi è quello, infatti, di riuscire a garantire fin da subito delle figure di riferimento che possano ereditare il "testimone" dei referenti educativi che hanno affiancato il minore. Il passaggio ad una comunità specifica 18-21 necessiterebbe dell'individuazione di ulteriori riferimenti che dovrebbero cambiare nuovamente al compimento dei 21 anni, spostando semplicemente in là nel tempo l'individuazione nel DSMD di altre figure specifiche. Nell'arco di soli quattro anni l'utente potrebbe vivere ben due passaggi di struttura e d'équipe, aumentando di molto il livello di stress percepito.

Non dobbiamo dimenticarci, l'importanza della presa in carico territoriale di queste situazioni perché spesso, l'allontanamento dalla famiglia avvenuto durante la minor età, ha comportato anche un cambio di provincia per il minore, costringendolo a maturare parte del proprio percorso educativo lontano dal territorio dove ha trascorso l'infanzia. Pensare di creare delle comunità specifiche 18-21 comporterebbe un ulteriore ritardo nel rientro e ricostruzione di una presa in carico nel territorio d'origine. I progetti dei DSMD dialogano, infatti, con

le numerose realtà sul territorio, tra cui quelli appartenenti al terzo settore: tra cui le associazioni, gruppi di volontariato, cooperative, etc.

Nonostante la necessità, quindi, di orientare i Servizi per la salute mentale ad accogliere i bisogni dei giovani utenti, sembrerebbe che ancora molte siano le zone d'ombra che suscitano dubbi e interrogativi e che ancora molto resti da fare per chiarirli. Facilitare la transizione da servizi NPIA ai tradizionali identificando obiettivi a breve-medio-lungo termine condivisi; sfidare difficoltà organizzative e barriere fisiche, culturali ed ideologiche; essere inclusivi; creare, tradurre e validare strumenti per le valutazioni; aumentare gli studi nell'ambito della ricerca per aumentare la conoscenza; condividere esperienze per trasmettere saperi e formare operatori; lavorare per la promozione e la prevenzione della salute mentale.

In questa complessità, l'Associazione Tecnica Scientifica AITeRP ha rilevato come colleghi impegnati in questo complesso compito siano riusciti a portare un contributo originale, attraverso la propria presenza nei Servizi pubblici e del terzo settore, arricchendo il dibattito con il contributo sostanziale di tecniche riabilitative specifiche, a volte derivanti dal mondo adulto ma attentamente riadattate alle esigenze del giovane adulto in crescita. Interventi dedicati alla clinica che se spesi in un'ottica di prevenzione possono fornire strumenti spendibili nella vita quotidiana del ragazzo, che ne facilitano l'autodeterminazione e la possibilità di entrare sempre di più in una quotidiana normalità, fatta di vita tra i pari, con un ruolo sociale di studente, lavoratore, cittadino attivo con una buona qualità della vita.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Membro Direttivo Nazionale ATS AITeRP, formatore e formazione in arte terapia;*

° *Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Membro sezione regionale AITeRP Lombardia Cooperativa Fraternità di Ospitaletto, Brescia*

^ *Tecnico della Riabilitazione psichiatrica presso ASST di Lodi.*

BIBLIOGRAFIA

1. Gruppo di lavoro: Ballantini M., Belloni G., Beraldo S., Cerasoli G., D'Agostino A., Ferrario T., Martini S., Migliarese G., Morganti C., Novel L., Patrucco M., Porcellana M. Risaro P., Tisi G., Toscano M. Coordinatore: Ballantini M.. *Proposte per una riorganizzazione dell'attività territoriale in salute mentale in Lombardia*. Position paper della SiPLO sulle sfide della psichiatria nel nuovo millennio. *PsichiatriaOggi* Anno XXXIII, n.2 Luglio–Dicembre 2020.
2. Vita A., Dell'Osso L., Mucci A. Coordinamento editoriale: Fierro L.. *Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica. Dalle conoscenze teoriche alla pratica dei Servizi di salute mentale*. Volume 2. Riabilitazione psichiatrica. Giovanni Fioriti Editore Roma. 2018.
3. Monzani E., Meneghelli A., Percudani M. *Stati mentali a rischio. Riconoscere, prevenire, curare nei giovani*. Il Pensiero Scientifico Editore. 2019.
4. Vita A., Dell'Osso L., Mucci A. *Coordinamento editoriale: Fierro L.. Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica. Dalle conoscenze teoriche alla pratica dei Servizi di salute mentale*. Volume 1. *Psichiatria Clinica*. Giovanni Fioriti Editore Roma. 2018.
5. <https://www.tcomitalia.com/home>
6. <https://www.tcomitalia.com/strumenti>
7. Biffi G., Parabiaghi A., Rigliano P.. *Un posto per i giovani. Il progetto del Centro Giovani "Ponti" della Asst Santi Paolo e Carlo di Milano*. *PsichiatriaOggi* AnnoXXXII, n. 1 gennaio–giugno 2019.
8. Carnevali S., Meiattini R., Montrasio C., *Durbano F.. Studio quali-quantitativo di follow up sul passaggio e la continuità delle cure dalla NPIA alla psichiatria adulti nei giovani in età di transizione*. *PsichiatriaOggi* Anno XXXIII, n. 1 gennaio–giugno 2020.
9. Baldaqui N., Malvini L., Barbera S. *Transizione da UONPIA a CPS Giovani: focus sulle diagnosi nelle traiettorie cliniche*. *PsichiatriaOggi* Anno XXXV, n. 2 Luglio-Dicembre 2022.

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