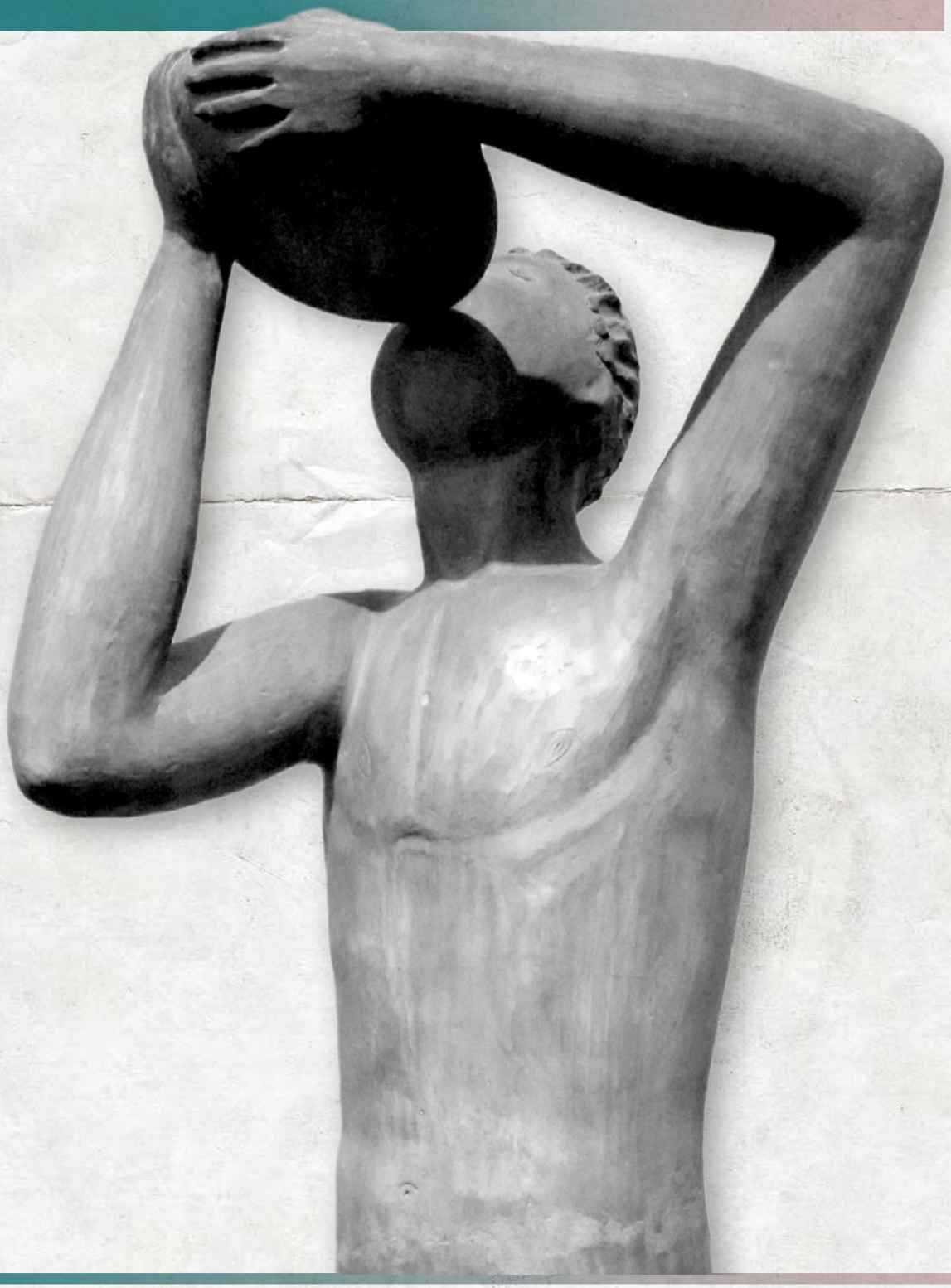
PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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



AnnoXXXVIII • n. 1 • gennaio–giugno 2025 Rivista fondata da A. Giannelli, diretta da G. Cerveri *Semestrale*

SOMMARIO

AnnoXXXVIII • n. 1 • gennaio–giugno

IN PRIMO PIANO

4 **La sfida della patologia psichiatria dall'adolescenza all'età adulta**
di Cerveri G.

11 **Quando finisce un lungo mandato...**
di Clerici M., Percudani M.

13 **Una riflessione sugli impegni prossimi**
di Dell'Osso B., Migliarese G.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

15 **L'assistente sociale di fronte allo stigma della malattia mentale: una visione professionale**
di D'Alio C., Clerici M.

38 **La bellezza che cura: l'arte come strumento terapeutico**
di Falleti A.

42 **Il ruolo delle artiterapie nella pratica clinica: integrazione ed efficacia nei percorsi di cura**
L'esperienza del GAT DG Welfare Regione Lombardia
di Melorio T., Viganò C., Percudani M.

58 **Effetti del trattamento a medio-lungo termine con esketamina nella depressione resistente**
di Pinto M., Zanetti M., Arienti V., Bonfanti A., Marasco M., Ferrari M, Vercesi M., Fugazza G., Olivari M., Saenz M., Pierri G., Cerveri G.

CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

63 CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M. SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE
Non solo muri: una trasformazione che cura
Descrizione narrativa di un progetto sul possibile: luoghi, relazioni e pratiche oltre la coercizione
di Belotti L., Bonelli L., Cirella L.

71 CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M. SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE
Il rischio di soffocamento da ingestione di cibo nei pazienti psichiatrici: uno studio osservazionale
di Camuccio C.A., Stefenelli S.

83 CONTRIBUTO AITERP ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA E PSICOSOCIALE
Apprendere dall'esperienza
di Fioletti B., Scagliarini V.

PSICHIATRIA FORENSE

87 **Piccolo portolano sulla liceità o meno di interventi coercitivi nei casi di Anoressia Mentale grave: note e indicazioni per gli interventi sul campo**
di Amatulli A.

PSICHIATRIA NARRATIVA

94 **Il cinema e la narrazione dei traumi collettivi**
La costruzione della memoria e dell'identità di un popolo
di Balestrieri B.

101 **Versi formulari in psichiatria**
di Grasso F.

104 **Euphoria: una lettura psicopatologica e psicoanalitica**
di Vincenti A.

In copertina: *Bevitore, Arturo martini, , 1928-29*
© Francesco Bini / Wikimedia Commons / CC BY-SA 4.0

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:
Bernardo Dell'Osso (*Milano FBF Sacco*)
Giovanni Migliarese (*Vigevano*)

Comitato Scientifico:
Antonio Amatulli (*Vimercate*)
Luisa Aroasio (*Voghera*)
Emi Bondi (*Bergamo*)
Camilla Callegari (*Varese*)
Carlo Fraticelli (*Como*)
Massimo Clerici (*Monza*)
Federico Durbano (*Melzo*)
Alessandro Grecchi (*Milano SS Paolo Carlo*)
Alberto Giannelli (*Milano*)
Gianmarco Giobbio (*San Colombano*)
Antonio Magnani (*Mantova*)
Claudio Mencacci (*Milano FBF Sacco*)
Carla Morganti (*Milano Niguarda*)
Laura Novel (*Bergamo*)
Mauro Percudani (*Milano Niguarda*)
Massimo Rabboni (*Bergamo*)
Matteo Rocchetti (*Pavia*)
Pierluigi Politi (*Pavia*)
Virginio Salvi (*Crema*)
Gianluigi Tomaselli (*Treviglio*)
Marco Toscano (*Garbagnate*)
Caterina Viganò (*Milano FBF Sacco*)
Simone Vender (*Varese*)
Antonio Vita (*Brescia*)

Segreteria di Direzione:
Silvia Paletta (*ASST Lodi*)
Matteo Porcellana (*ASST GOM Niguarda*)
Davide La Tegola (*ASST Monza*)

Art Director:
Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI
In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

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

La sfida della patologia psichiatria dall'adolescenza all'età adulta

Giancarlo Cerveri
Direttore Psichiatria Oggi

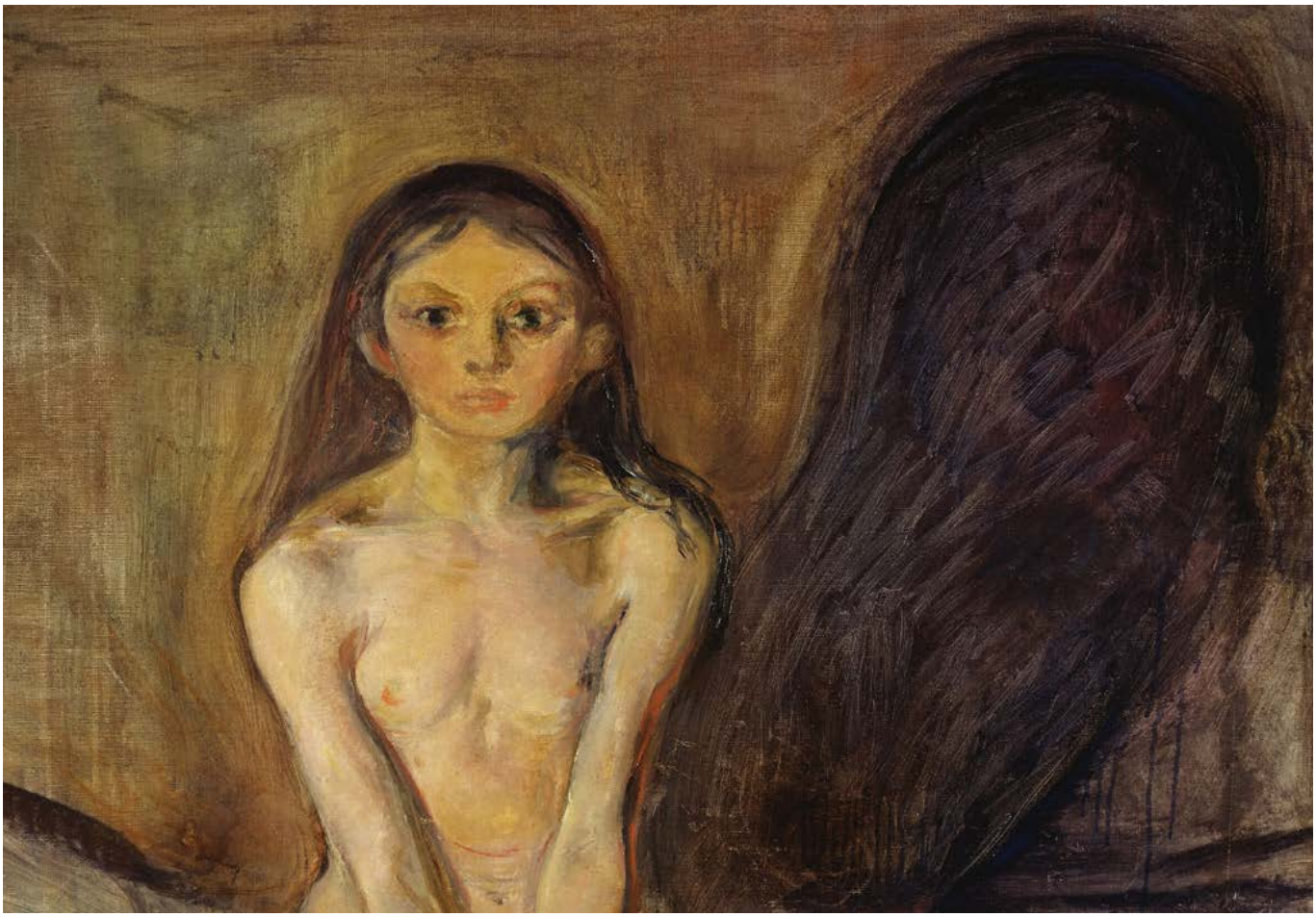
L'importanza di affrontare in modo prioritario l'assistenza per la salute mentale negli adolescenti è fortemente discussa sia nella rappresentazione mediatica che nei luoghi specificamente votati alla cura della salute mentale nelle sue diverse forme ed è sostenuta da diverse motivazioni.

Innanzitutto, la maggior parte dei disturbi psichiatrici insorge prima dei 25 anni (Jones 2013), da questo elemento emerge con chiarezza come una suddivisione su base anagrafica dei luoghi di cura (servizi per minori e per maggiorenni) rischia di confondere l'obiettivo primario di favorire l'accesso all'assistenza e la persistenza dei trattamenti a soggetti che pur nel variare della loro crescita mantengono una continuità di bisogno connessa alla patologia di cui soffrono.

In secondo luogo, i disturbi mentali, in una definizione ampia, che ovviamente deve comprendere le condizioni correlate all'uso di sostanze e/o alcol, contribuiscono ad un'elevatissima quota della disabilità totale osservabile nelle fasce di età 0-24 anni Erskine et al., 2015), questo dato pone un elemento di sfida non evitabile all'organizzazione dei servizi per la salute mentale. Diviene così prioritario definire un modello che ponga la centralità di una risposta appropriata, continuativa e accogliente come un requisito essenziale alla natura stessa dei servizi preposti a questo tipo di interventi, al fine di assicurare interventi precoci ed efficaci, capaci di intervenire sulla traiettoria evolutiva di ragazze e ragazzi, con la concreta possibilità di ridurre il danno che una patologia mentale non trattata è in grado di produrre.

Infine, è essenziale osservare come troppo spesso i servizi di salute mentale non si limitano ad essere poco capaci di intercettare gli adolescenti con patologia mentale (McGorry et al., 2013) ma molto frequentemente, quei percorsi di cura che pur si avviano, vengono poi si interrotti durante il passaggio alla maggiore età nella transizione tra i servizi per minori ed i servizi per adulti. Un dato che trova riscontro in contesti culturali ed organizzativi diversi. Il confronto con altri paesi europei è estremamente utile per definire le possibili aree di miglioramento degli interventi, il primo dato che emerge da tale valutazione è che il modello operativo prevalente al di fuori del nostro paese si fonda su una divisione tra servizi psichiatrici dell'adulto e servizi psichiatrici dell'adolescente, consegnando l'intervento neurologico rivolto ai minori spesso in età precoce ad una neurologia dell'età infantile. Ciò è in contrasto con l'organizzazione del nostro paese che prevede un'integrazione delle risposte psichiatriche e neurologiche nei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza sia nelle attività territoriali che ospedaliere. Pur nella differenza dei modelli (Broad et al., 2017), il risultato finale non sembra variare, servizi fondati su una separazione anagrafica degli utenti piuttosto che sul quadro sindromico presentato finiscono inevitabilmente per favorire con frequenza molto elevate interruzioni nei percorsi di cura nel passaggio all'età adulta. Dato che, in questa fase della vita, appare ancor più che in altri momenti, gravido di conseguenze rilevanti e verso cui diventa necessario proporre rimedi.

IN PRIMO PIANO



Pubertà, Edvard Munch, 1895 / National Museum of Norway

Uno studio di circa 15 anni fa condotto in UK, ha avuto un impatto seminale nell'aprire una profonda riflessione su questa questione (Singh et al., 2010), che fino ad allora risultava colpevolmente sottostimata per il fatto che i servizi per minori presentavano un interesse più limitato agli esordi delle patologie psichiatriche ed i servizi per adulti concentravano molta parte delle loro risorse sul tema della cronicità. Solo il progressivo interesse, al pari di altre discipline, verso l'esordio ed il trattamento precoce ha permesso di concentrare l'attenzione sull'adolescenza su come i servizi rispondono ai bisogni connessi alla salute mentale in questa fase della vita. Tornando al lavoro di Singh, il tasso di discontinuità osservato dagli autori durante la fase di transizione si avvicinava al 50% dei casi. Un adolescente su due interrompeva le cura con l'approssimarsi alla maggiore età. Dati analoghi sono stati osservati in altri paesi europei e si sono mantenuti stabili nel corso degli anni successivi.

Appare così paradossale come nonostante l'importanza attribuita ai trattamenti rivolti ad adolescenti e giovani adulti si sia così modificata nel corso degli ultimi 25 anni, con un importante investimento di risorse, la risposta globale ai problemi sia ancora così insoddisfacente. Non è emerso nessun reale tentativo di modificare un'organizzazione dei servizi costruiti intorno ad una netta separazione della fase pediatrica/adulta, pur sapendo che tale modello introduce invariabilmente discontinuità nell'assistenza proprio laddove essa dovrebbe essere più robusta.

Le criticità di tale sistema possono riassumersi, riprendendo le riflessioni dei ricercatori inglesi, come segue:

1. Nonostante molti utilizzatori dei servizi per minori necessitino un trasferimento ai servizi per gli adulti, una proporzione significativa (tra il 30 ed il 50%) non farà riferimento a questa possibilità.
2. Coloro che hanno diagnosi di Disturbo del Neurosviluppo, Disturbi emotivi comuni o disturbi di personalità emergenti sono coloro a maggior rischio di perdere i contatti in questo iato organizzativo.
3. Coloro che presentano disturbi mentali più severi e continuativi hanno maggiore possibilità di superare la transizione tra servizi, ma anche in questo gruppo il tasso di dispersione risulta molto elevato (circa uno su cinque).
4. Sempre nello stesso studio veniva esplorato in modo qualitativo il punto di vista dei fruitori dei servizi nella fase di transizione e meno del 10% di questi definivano il processo di passaggio come adeguato.

Emerge così la necessità di definire buone pratiche e protocolli efficaci che garantiscano, in questa fase della vita, anche una buona qualità esperienziale per l'utente nel passaggio tra i servizi, come elemento qualificante il contenimento del rischio di dispersione. Una scarsa pianificazione implica una insoddisfacente esecuzione del passaggio che produce inesorabilmente una negativa esperienza nel paziente che favorirà il fenomeno dell'interruzione della cura con tutte le conseguenza personali familiari e sociali ad essa connesse (dal rischio di recidiva alla dispersione scolastica e al danno socio-relazionale).

I dati di outcome legati all'interruzione dei percorsi di cura nella fase della transizione sono fonte di pubblica riflessione e con sempre maggiore evidenza suggeriscono la necessità di un intervento di modifica dell'organizzazione dei luoghi di cura preposti. La soluzione spesso proposta prevede una flessibilità dei servizi e degli operatori tramite percorsi di presa in cura condivisa che costantemente si scontra con rigidità nell'organizzazione del lavoro, nelle forme registrative e nei criteri accreditativi.

La costruzione di "luoghi di cura come finestre temporali" che possano costituire uno spazio di lavoro comune del personale di servizi diversi trova spesso difficoltà nell'identificare spazi, nel definire le qualità organizzative degli stessi (dobbiamo pensare a luoghi con regole per minori o per adulti?), nel vincere le resistenze a operare insieme di colleghi che provengono da luoghi fisicamente e culturalmente "distinti", ed infine nel definire modelli di registrazione e remunerazione adeguati. La crisi acuta, la necessità di un ricovero ospedaliero sono da considerare delle controindicazioni alla transizione, questa deve essere programmata e realizzata in una fase di relativa stabilità clinica. E' necessario dunque fornire con anticipo al paziente informazioni sul servizio degli adulti, coinvolgere in queste informazioni i genitori, attivare percorsi di presa in carico comuni, il periodo di preparazione deve essere adeguatamente prolungato per permettere la creazione di un solido legame di alleanza nella cura. Secondo alcuni autori potrebbe essere utile preparare un vero e proprio "registro della transizione", completato dall'utente e dal coordinatore del caso con all'interno i dettagli rilevanti del processo, dai numeri di telefono alle date degli appuntamenti con ogni agenzia ed uno spazio dedicato al punto di vista del paziente in merito alla propria esperienza che possa diventare materiale di riflessione con gli operatori del caso. Uno strumento di semplice costruzione il cui impatto sul processo potrebbe essere facilmente valutato.

MIGLIORARE IL TRASFERIMENTO DELLE INFORMAZIONI TRA I SERVIZI

Le attuali dotazioni tecnologiche non permettono ai clinici dei servizi per adulti di accedere ad informazioni di alta qualità sul carico che il paziente ha sul servizio per minori, compresa la frequenza dei contatti con utente,

genitori e scuola. La possibilità di avere accesso alla documentazione clinica elettronica (cartella clinica territoriale dematerializzata) costruita secondo modalità comuni permetterebbe di facilitare risposte più personalizzate ai bisogni di cura. Maitra e Jolley (2000) descrivevano un modello di regolari incontri tra operatori degli adulti e dei minori per valutare insieme i bisogni di cura del paziente e della famiglia. Interventi che richiedono collaborazione tra i servizi e disponibilità di tempo e di personale.

Diviene così rilevante poter condividere tra servizi la definizione dei percorsi di cura al fine di migliorare la continuità degli interventi sul singolo utente ed al contempo di costruire un modello di intervento costruito su basi culturali e tecnico scientifiche simili.

In una ricerca pubblicata nel 2023 dall'evocativo titolo "The black hole of the transition process: dropout of care before transition age in adolescents" gli autori (Reasenes et al.,), identificano cinque tipologie di passaggio tra servizi per la salute mentale con il raggiungimento della maggiore età nella realtà dei servizi sanitari spagnoli. Le tipologie indagate rappresentano casi di successo e di criticità, sono sostanzialmente simili a quelle osservabili nella realtà clinica di molti servizi per la saalute mentale del nostro paese, esse sono:

1. Soggetti che abbandonano le cure senza essere stati dimessi dal servizio per minori o essere stati presi in carico dal servizio per adulti. Questo gruppo rappresenta quasi il 50% del totale.
2. Soggetti che lasciano il servizio per minori senza formale dimissione ma che entro 6 mesi dal compimento della maggiore età vengono presi in carico dal servizio per gli adulti. Questo gruppo rappresenta il 10% del totale.

Queste due prime categorie rappresentano il "black hole" riportato nel titolo, in cui si perdono più del 50% dei soggetti, questi interrompono verosimilmente le cure con tutti gli ipotetici danni connessi in termini di ricadute, danno di sofferenza soggettiva e danno ambientale (rete amicale, funzionamento scolastico e relazioni familiari), pur se in una quota minima (il 10% rappresentato dal gruppo 2) tornano entro 6 mesi in cura, probabilmente per una recidiva del quadro psicopatologico con tutti i danni biologici e socio-relazionali connessi ad una recidiva di patologia psichiatrica in una fase così cruciale dell'esistenza.

Proseguendo nel testo dell'articolo vengono descritte le modalità di transizione di successo, suddivise nelle seguenti tipologie:

3. Soggetti che vengono indirizzati correttamente dai servizi per minori a quelli per adulti che rappresentano circa il 30% del totale.
4. Soggetti che rimangono in cura nei servizi per minori con una prosecuzione dell'attività di assistenza (10%)
5. Soggetti inviati ad altri servizi di cura non psichiatrici (5%).

Le motivazioni che possono giustificare un così alto livello di dropout nella transizione tra servizi sono molteplici e vanno dallo scarso riconoscimento da parte dell'adolescente del suo stato di malattia, alla limitata richiesta di aiuto tipica di questa fase della vita. D'altra parte, analizzando le esperienze di frustrazione delle aspettative nell'accesso ai servizi di salute mentale per adulti segnalate dagli utenti in fase di transizione attengono al mancato rispetto dell'autonomia (modalità di proposta di cura eccessivamente assertive), scarsa affinità emozionale esperita con gli operatori (risposta troppo formalizzata e poco empatica) ed infine competenza percepita a volte come sub-optimale possono essere elementi che spingono ad una riflessione rilevante sull'organizzazione e la preparazione del personale di servizi dedicati alla transizione. D'altra parte una chiara percezione dei benefici del trattamento ricevuto e la comprensione dell'importanza della sua continuità sono invece caratteristiche essenziali

capace di amplificare le probabilità di una transizione di successo (De Haan et al., 2013).

Una riflessione specifica va operata infine sul tema dello Stigma, che non coinvolge solo la rappresentazione che attiene molti dei Disturbi Psichiatrici e le persone che ne soffrono ma anche i servizi con cui queste persone vengono in contatto, creando un doppio effetto di allontanamento dalle cure, sia diretto, spingendo cioè i pazienti a non richiedere assistenza, sia indiretto, impedendo agli stessi l'accesso a servizi percepiti come luoghi da cui è meglio tenersi lontani. Questo elemento va affrontato quindi con modalità più ampie, non solo con le tradizionali campagne culturali di lotta alla stigmatizzazione del disturbo psichico, ma anche tramite la formalizzazione di progetti volti a rendere più accattivante il servizio di cura sia nella sua struttura fisica che nella presentazione sui mezzi di diffusione delle informazioni compresi social network per poter esercitare un effetto sulla popolazione in fase di transizione. Politiche informative di questo genere dovrebbero essere messe al centro dell'attenzione del Ministero della Salute, l'effetto ricercato deve necessariamente coinvolgere tutto il territorio nazionale e per certi versi potrebbe essere esteso all'intera Unione Europea..

Soffermandoci invece sui casi in cui la transizione all'età adulta avviene in continuità di cure, sappiamo che la proporzione di questi soggetti varia nei paesi europei dal 25 al 49% (Signorini et al 2018) una forbice molto ampia che dipende in modo stringente dalle modalità con cui i servizi sono pensati per favorire un accompagnamento del minore alla cura nell'età adulta. Questa peculiarità rende difficile confrontare i risultati di dropout ottenuti nei diversi contesti organizzativi.

Esiste poi un gruppo di soggetti a cui viene garantita una continuità di presa in carico da parte dei servizi rivolti ai minori che probabilmente risponde all'esigenza, quando possibile, di rendere flessibile dal punto di vista anagrafico il passaggio, preferendo una scelta di trasferimento dettata dall'opportunità clinica, sono questi i soggetti che permeangono in cura ai servizi per minori fino ad oltre 20 anni. Verosimilemnte il passaggio viene in questi casi costruito con tempi e modalità più organizzate introno ai bisogni di cura e assustenza.

I FATTORI CONDIZIONANTI LA PERDITA DI CONTINUITÀ DELLE CURE

Riprendendo I dati riportati nella ricerca di Renesesn e coll. del 2023 si osserva che i soggetti a maggior rischio di dropout durante la fase di transizione all'età adulta avevano le seguenti caratteristiche:

- scarso numero di contatti con i servizi per minori
- nessun trattamento farmacologico
- nessuna diagnosi registrata.

D'altro canto un maggiore contatto con i servizi risulta un fattore che protegge dalla discontinuità di cure, ciò spinge sulla necessità di sviluppare strategie per coinvolgere gli adolescenti fin dai più precoci momenti di cura ad attuare percorsi di presa in carico adeguati senza rimandare a fasi più tardive risposte di questo genere.

La diagnosi di Psicosi, Disturbo Bipolare, Disturbo dell'alimentazione, Ritardo Mentale e Disturbo del Neurosviluppo (con la curiosa eccezione di ADHD) correlano con una maggiore stabilità nel percorso di cura. Questo dato spinge a pensare che soggetti con minore severità clinica siano più esposti al dropout. Un dato solo apparentemente rassicurante in quanto spesso adolescenti con sintomi sottosoglia di durata limitata e non classificabili come una sindrome psichiatrica rappresentano i soggetti codificati come "stato mentale a rischio", una condizione potenzialmente grave nel suo outcome di medio e lungo periodo e sulla cui traiettoria risulterebbe essenziale investire in termini di risorse di cura (McGorry 2018).

Adolescenti, dunque, con condizioni poco definite da un punto di vista psicopatologico, con scarsa coscienza di malattia e poca adesione ai trattamenti, questo è l'iden-

tikit del paziente che con maggiore probabilità si perderà nel passaggio dai servizi per minori a quelli per adulti.

Si tratta di un gruppo numeroso su cui è essenziale elaborare risposte adeguate che coinvolgano pazienti, genitori e personale dei servizi di salute mentale. Risposte che affrontino il tema dell'informazione e prevenzione da effettuare nei servizi per minori e nelle scuole. Azioni volte a migliorare l'adesione sia in termini di qualità che di quantità degli interventi ed infine azioni che stimolino modalità condivise tra servizi nella gestione di tutte le fasi di cura, dall'acuzie al trattamento di lungo periodo.

Si tratta cioè di ripensare ad un attività di ordine Dipartimentale che coinvolga diverse professionalità ponendo al centro l'area critica dell'adolescenza con un focus sull'implementazione della possibilità di cura nel complesso passaggio all'età adulta, capace di declinarsi con modalità ampie e diversificate ma unite da una visione che tenga insieme l'intero ventaglio dei disturbi psichiatrici di possibile espressione in questa fase della vita, l'intero spettro della gravità degli stessi e l'integrazione con tutti gli interventi di prevenzione e trattamento compresi quelli che riguardano le dipendenze da sostanze e comportamentali.

Afferenza dell'autore:

Direttore Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze

ASST Lodi

Corrispondenze:

giancarlo.cerveri@asst-lodi.it

Bibliografia

1. Jones P (2013) *Adult mental health disorders and the age atonset*. Br J Psychiatry Suppl 54:s5–s10
2. Erskine HE, Moffitt TE, Copeland WE, Costello EJ, Ferrari AJ, Patton G, Degenhardt L, Vos T, Whiteford HA, Scott JG (2015) *A heavy burden on young minds: the global burden of mental and substance use disorders in children and youth*. Psychol Med 45(7):1551–1563. https:// doi. org/ 10. 1017/ S0033 29171 40028 88
3. McGorry PBT, Birchwood M (2013) *Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK*. Br J Psychiatry 202(S54):S30–S35. https:// doi. org/ 10. 1192/ bjp. bp. 112. 119214
4. Broad KL, Sandhu VK, Sunderji N, Charach A (2017) *Youth experiences of transition from child mental health services to adult mental health services: a qualitative thematic synthesis*. BMC Psychiatry 17(1):380. https:// doi. org/ 10. 1186/ s12888- 017- 1538-1
5. Singh SP, Paul M, Ford T, et al. *Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: multiperspective study*. British Journal of Psychiatry. 2010;197(4):305-312. doi:10.1192/bjp.bp.109.075135
6. Maitra, B, Jolley, A. *Liaison between child and adult psychiatric services. In Family Matters: Interface Between Child and Adult Mental Health* (eds Reder, P, McClure, M, Jolley, A): 285–302. Routledge, 2000
7. Renesesn B, Escudero A, Tur N, Agüera-Ortiz L., et al., *The black hole of the transition process: dropout of care before transition age in adolescents European Child & Adolescent Psychiatry* (2023) 32:1285–1295.
8. De Haan AM, Boon AE, de Jong JT, Hoeve M, *Vermeiren RR (2013) A meta-analytic review on treatment dropout in child and adolescent outpatient mental health care*. Clin Psychol Rev 33(5):698–711.
9. Signorini G, Singh SP, Marsanic VB, Dieleman G, Dodig-Curk- ovic K, Franic T, Gerritsen SE, Griffin J, Maras A, McNicholas F, O'Hara L, Purper-Ouakil D, Paul M, Russet F, Santosh P, Schulze U, Street C, Tremmery S, Tuomainen H, Verhulst F, Warwick J, de Girolamo G, Milestone Consortium (2018) *The interface between child/adolescent and adult mental health ser- vices: results from a European 28-country survey.* Eur Child Adolesc Psychiatry 27(4):501–511.
10. McGorry PD, Hartmann JA, Spooner R, Nelson B. *Beyond the "at risk mental state" concept: transitioning to transdiagnostic psychiatry*. World Psychiatry. 2018 Jun;17(2):133-142.

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 Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:
Bernardo Dell'Osso
Giovanni Migliarese

Segretario:
Virginio Salvi
Vice-Segretario:
Lara Malvini

Tesoriere:
Gianluigi Tomaselli
Consiglieri eletti:
Antonio Amatulli
Stefano Barlati
Giorgio Bianconi
Debora Bussolotti
Paolo Cacciani
Camilla Callegari
Annabella Di Giorgio
Federico Durbano
Gianmarco Giobbio
Alessandro Grecchi
Carla Morganti
Giovanna Molinari
Silvia Paletta
Gianpaolo Perna
Paolo Risaro
Caterina Viganò

Rappresentanti
Sezione "Giovani Psichiatri":
Laura Fusar Poli
Federico Grasso

Membri di diritto:
Emi Bondi
Massimo Clerici
Carlo Fraticelli
Giancarlo Cerveri
Claudio Mencacci
Mauro Percudani
Antonio Vita

Consiglieri Permanenti:
Giuseppe Biffi
Alberto Giannelli
Antonio Magnani
Massimo Rabboni
Simone Vender
Antonio Vita