



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





Johnson & Johnson

Johnson & Johnson apre la strada verso la medicina del futuro. I pazienti ispirano le nostre innovazioni scientifiche, che continuano a progredire e a salvare vite. Ascoltando la voce dei pazienti e applicando i principi della scienza, affrontiamo con fiducia alcune delle malattie più complesse del nostro tempo e sviluppiamo i potenziali farmaci del futuro.

[jnj.com](https://www.jnj.com)

Johnson&Johnson



SOMMARIO

Anno XXXVIII • 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:
Bernardo Dell'Ossio (Milano FBF Sacco)
Giovanni Migliarese (Vigevano)

Comitato Scientifico:
Antonio Amatulli (Vimercate)
Luisa Arosio (Voghera)
Emi Bondi (Bergamo)
Camilla Callegari (Varese)
Carlo Fraticelli (Como)
Massimo Clerici (Monza)
Federico Durbano (Melzo)
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)
Gianmarco Giobbio (San Colombano)
Antonio Magnani (Mantova)
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)
Carla Morganti (Milano Niguarda)
Laura Novell (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.

IN PRIMO PIANO

- 4 Quando lo psichiatra rifugge l'Agorà
viene meno al suo dovere?
di Cerveri G.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

- 14 Budget di Salute - L'esperienza del
DSMD di Franciacorta
di Materzanini A.
- 21 La prima esperienza di co-programmazione
dei servizi di Salute Mentale in ATS
Città Metropolitana di Milano
di Ferrari R., Arcidiacono E., Cauli G.,
Fornoni C., Mancin R., Salari B.,
Tosoni F. e Rolli F.
- 31 Progetto "Atrieu": un modello integrato
per la gestione delle acuzie psichiatriche
in età evolutiva presso l'Azienda Socio
Sanitaria Territoriale Melegnano e
Martesana
di Di Fauci F., Zordan F., Gariboldi C.,
Masseroni V., Montrasio C., Durbano F.
e Gruppo Lavoro "Atrieu"
- 43 Metodo Snoezelen e stimolazione basale:
un approccio innovativo nella gestione di
pazienti neuropsichiatrici presso l'ASST
Melegnano Martesana
di Di Zordan F., Archetti S., Migliore V.,
Uselli C., Cazzaniga V., Peschetola A.,
Bagnaschi E., Buson N., Buonocore M.,
Montrasio C., Giuliani E. e Durbano F.
- 57 La riabilitazione nella cura: psichiatria
di consultazione e servizio di recupero e
rieducazione funzionale
di Berto E., Manzone M.L., Marchetti M.,
Del Romano E., Gazzani L. e Tonetti G.
- 64 Il tempo della psichiatria, il tempo della
psicoanalisi
di Di Lello C.
- 75 Oltre la crisi: un anno e mezzo di
psicoeducazione in SPDC. Riflessioni su
un'esperienza pilota
di Dordoni A., Calento A., Paletta S.M.
e Cerveri G.
- 80 Intervento di prevenzione del disagio
giovane nelle Scuole Secondarie
Superiori del territorio del DSMD ASST
Melegnano e Martesana
di Sasso E., Carnevali S., Distefano A.,
Giombelli A. F., Racioppi L., Giuliani E.
O. e Durbano F.

- 90 Promozione delle Life Skills e
prevenzione del disagio psichico negli
adolescenti: un modello psico-educativo
scolastico
di Soffientini M., Parinisi L., Malgrati E.
e Toscano M.

CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

- 97 CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.
SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE
INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE
L'infermiere musicoterapeuta sul
territorio per la salute mentale
di Capra G.
- 102 CONTRIBUTO AITERP
ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA
RIABILITAZIONE PSICHIATRICA
AITeRP: una responsabilità
tecnico-scientifica condivisa
Intervista al presidente neo eletto come
dialogo aperto, con chi scrive e con chi legge
di Rossi L., Fossati E. e Scagliarini V.

PSICHIATRIA NARRATIVA

- 108 Disperazione
Un caso di cronaca
di Grasso F.

PSICHIATRIA FORENSE

- 111 Che piccola storia ignobile mi tocca
raccontare
di Marasco M.
- 115 La fine della vita e le persone con
disturbo mentale: si può togliere la
parola?
di Amatulli A.

- 124 Un saluto ad Alberto Giannelli
Fondatore della rivista Psichiatria Oggi
di Mencacci C.

IN COPERTINA: Adolfo Wildt, Parsifal (Il puro folle), 1930
Foto: © Paolobon140, CC BY-SA 4.0

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 S.I.S.I.S.M.

SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE

L'infermiere musicoterapeuta sul territorio per la salute mentale

*Capra G. **

La figura dell'infermiere musicoterapeuta è una novità tra gli operatori sanitari e rientra nel profilo delle figure attive nell'ambito della prevenzione e riabilitazione in tutti i casi in cui è previsto un percorso per favorire il miglioramento dello stato di salute (inteso come definizione di "non solo l'assenza di malattia fisica ed un completo benessere bio-psico-sociale"). Il raggiungimento di tale professionalità è dettato da una formazione specifica, qualificata e certificata per la quale è necessario frequentare un triennio di studi con conseguimento del relativo diploma da Musicoterapeuta oltre il triennio di laurea previsto dalla normativa vigente per poter esercitare la professione infermieristica.

È ormai noto come l'infermiere si occupi di tutti gli aspetti assistenziali della persona affetta da qualsiasi patologia, che, conseguenzialmente allo status, è fragile pertanto si affida totalmente all'operatore con la speranza di riacquistare la propria autonomia (quando la

perde) ed il proprio benessere (compromesso a più livelli). Grazie all'intervento musicoterapico è possibile riacquisire le capacità ed esprimere il proprio essere, temporaneamente perso. Sulla base di questo vissuto ho deciso di specializzarmi in tale ambito poiché credo fortemente che la salute mentale debba essere sostenuta da terapie espressive che facilitino la ripresa del sé e della propria consapevolezza. Inoltre credo fortemente che l'infermiere di salute mentale debba avere conoscenze molto approfondite sulla relazione terapeutica poiché essa è il primo passo per la terapia.

"Ma come è possibile che con la musica si possa lavorare sulla relazione e il senso di benessere?". Quando le persone si avvicinano alla musicoterapia si chiedono spesso questa domanda. Proprio per questo è fondamentale capire di cosa si occupa la musicoterapia e soprattutto che cosa sia! Per musicoterapia si intende un intervento specifico in tutti quei casi in cui esiste un disturbo qualitativo e/o quantitativo della sfera emotiva e delle relative

competenze espressive - relazionali; la musicoterapia è in grado di agire in modo isomorfo sulle qualità innate e su quelle simboliche, al fine di attivarle ed integrarle in una dimensione intrapersonale e interpersonale ("Manuale di musicoterapia", Manarolo). Più nello specifico, si tratta di un insieme di attività (talvolta non verbali ed esclusivamente musicali) che utilizzano mediatori artistici allo scopo di favorire, ampliare e modellare le modalità espressive e comunicative. I mediatori della musicoterapia sono il suono e la musica, i quali sono connotati di alcune peculiarità: la musica può essere fruita passivamente ed evoca e sollecita la nostra corporeità (simbolo di espressività), inoltre mantiene un rapporto profondo con la dimensione nostalgica, proponendo un ordine tra i rapporti e divenendo uno strumento di mediazione tra il caos originario delle emozioni e il linguaggio articolato dell'intelletto. Pertanto attraverso la musicoterapia si ottiene un lavoro articolato su due livelli: quello dei contenuti (evocati e rappresentati dal musicale - ambito espressivo/ricettivo) e quello espressivo (la costruzione e l'elaborazione dell'oggetto sonoro-musicale, potranno rappresentare tappe di un processo di cambiamento).

Ecco perché la musicoterapia è un'attività a tutto tondo, che tiene conto di tutte le peculiarità della persona assistita e grazie ad un'attenta analisi dei suoi bisogni è possibile lavorare sugli obiettivi desiderati. La musica rende liberi di esprimere noi stessi senza pregiudizi e paure, di slegare la mente da aspetti performanti e giudicanti e permette di fare esperienza diretta grazie all'uso del corpo: ci permette di essere noi stessi sempre!

Nello specifico la mia attività clinica si sviluppa su due livelli, quello riabilitativo e quello espressivo. In entrambi i casi, i pazienti che ho in carico sono stati inviati da professionisti del SSN e il lavoro svolto con loro è supervisionato e confrontato con i colleghi del team di riabilitazione: neuropsicologi, psichiatri, neuropsichiatri infantili e logopedisti. Per il primo, mi occupo di pazienti pediatrici che hanno una diagnosi specifica legata alle difficoltà sociali (ADHD, autismo, deficit

dell'attenzione e simili); mentre l'attività di musicoterapia espressiva la effettuo con un coro di persone affette da disabilità fisica e mentale e disagio psichico. È bene però specificare che le attività di MT (musico-terapia) eseguite con i bambini, sono conformi al modello musicoterapico psicodinamico - relazionale ispirato alla teoria di Rolando O. Benenzon (fondatore del concetto del suono come "oggetto intermediario e integratore" nella relazione duale e di gruppo) e alla psicologia di Daniel Stern, ripresa poi in Italia da Pier Luigi Postacchini, per il quale si propongono una serie di stimoli sonoro-musicali attraverso gli strumenti musicali e la voce, osservando la risposta che si verifica ad ogni proposta sonora, senza voler interpretare o indirizzare a letture psicologiche le risposte che i bambini attuano allo stimolo sonoro. Quest'ultimo aspetto è di notevole importanza, poiché è assolutamente necessario sapere che il terapeuta non potrà e non dovrà interpretare quando messo in opera dal paziente, ma si "limiterà" ad accogliere la proposta sonora e a restituire una linea musicale su cui lavorare per il raggiungimento dell'obiettivo. Durante le sedute, il paziente risponde agli stimoli, improvvisando con gli strumenti musicali che ha a disposizione, per il tempo che vuole o riesce, senza mai andare oltre i quarantacinque minuti per evitare di perdere l'efficacia dell'intervento stesso e cadere in un'attività di intrattenimento o propedeutica musicale. Tutte le sedute sono condotte da me e spesso da uno dei due genitori. Il percorso inizia dopo un primo incontro conoscitivo per poter conoscere ed esplorare le aree di difficoltà in cui si vuole lavorare (relazioni difficili, difficoltà nell'espressione emotiva) per poi, dopo circa dieci incontri, fare un colloquio di restituzione in cui, in maniera oggettiva, secondo un metodo di valutazione basato sui video delle sedute (ottenuti previo consenso), posso far capire ai mandanti i progressi e gli obiettivi raggiunti dal bambino. Nel mio operato, come già detto precedentemente, spesso i mandanti sono insegnanti o neuropsichiatri infantili e quello che si può notare dopo una serie di incontri (in media

dieci-quindici) è che anche loro, notano miglioramento dello stato emotivo del bambino nelle loro valutazioni post-trattamento musicoterapico.

E fondamentale però, specificare che in generale, in psichiatria tale intervento trova la sua pratica in diversi ambiti, tra cui: la tossicodipendenza, i disturbi neuropsichici dell'adolescenza, le demenze e le psicosi in tutte le fasce di età. Tra tutti questi ambiti è molto interessante analizzare l'intervento nelle psicosi, poiché è quello che tratto quando lavoro con il coro citato precedentemente. Il paziente a cui è stata diagnosticata una psicosi spesso presenta sintomi che hanno come diretta conseguenza la perdita della capacità della comunicazione tramite le parole: questo rende possibile l'inizio del trattamento musicoterapico. Prima di iniziare con le sedute è fondamentale individuare gli obiettivi dell'intervento che si vuole mettere in atto: attraverso il canto gruppale si favorisce l'ascolto e l'attivazione del proprio sé in un contesto protetto. Poiché il paziente vive la disgregazione dell'IO bisogna porsi in un atteggiamento di regressione, raggiungendo una zona (ideale) definita da Winnicott (1974) "intermedia" in cui è possibile ristabilire un legame tra le parti frammentate. Quindi il musicoterapeuta prende conoscenza ed entra in relazione con il paziente attraverso il gioco e l'accudimento, creando una relazione "oggettuale". Grazie a questo progetto il paziente può uscire pian piano dal suo mondo regressivo. All'inizio del percorso gli utenti hanno dimostrato delle resistenze (infatti, soprattutto per coloro che cantano per la prima volta, la componente della vergogna e della performance, spesso rallenta l'attivazione spontanea, soprattutto nei casi in cui è presente un forte controllo del sé), soprattutto evidenziate dall'essere ambivalente, è a questo punto che il setting assume molta importanza poiché diviene il luogo in cui si giocano i conflitti emotivi attraverso la produzione musicale improvvisata e l'ascolto (sia di musiche proposte, se l'intervento prevede la musicoterapia recettiva, che di musiche prodotte, se si tratta di una seduta attiva come nel mio caso). È fondamentale considerare il paziente una

persona creativa e artistica affinché possa sentirsi libero di esprimere il suo ego in qualsiasi modo egli voglia: non esistono metodi e modi specifici, qualsiasi movimento è ritenuto corretto. L'aspetto terapeutico rispetto il tono dell'umore è confortato sia da osservazioni da noi svolte attraverso scale di valutazione, sia da questionari che si somministrano ai pazienti o agli operatori delle strutture da cui provengono (Roberto Messaglia, Musica et terapia). Per tutta la "seduta" (cioè l'ora di prova corale), il ruolo fondamentale è svolto dal suono che ha la funzione di mezzo intermediario, favorendo la catarsi: la seduta quindi è il "contenitore" in cui svuotare le ansie e le tensioni; per cui io accolgo quanto emerge trasformandolo in musica, spesso con vocalizzi che ricordano lo stato d'animo o con ritmi del corpo (body percussion) attraverso cui facilitare l'espressività corporea e la voglia di mettersi in gioco. Si cerca di individuare i ritmi base, i frammenti melodici e le sonorità, con l'obiettivo di sviluppare l'ascolto di sé e dell'altro (musicoterapeuta e componenti dei gruppi). Il terapeuta interviene supportando le capacità del soggetto e le sue proposte sonore, dando molto significato anche ai momenti di silenzio, sottolineando sempre di più la strutturazione del ISO ("identità sonoro musicale a cui si appartiene fin dalla nascita, "ISO GESTALTICO"), che nel caso di un'attività di gruppo diviene "ISO GRUPPALE", cioè un'identità comune al gruppo, in cui poi ogni componente si riconosce). Per fare questo si segue uno schema specifico (soprattutto per i gruppi formati ex novo e per i pazienti in fase acuta e/o sub-acuta): si inizia con una prima fase di "studio" in cui il paziente appare molto perplesso e svalutativo rispetto la produzione sonora anche se ne è curioso; dopo qualche istante prende confidenza con il setting e si inizia una prima produzione di suoni (nel caso del gruppo, vi è ancora la fase in cui ognuno è concentrato sul conoscere i vari componenti e creare un primo rapporto di fiducia); una volta che i/pazienti/e acquisiscono maggiore sicurezza con il setting si inizia la prima produzione sonora attraverso i dialoghi musicali (nel caso del gruppo, si ha

proprio un sovrapporsi di risposte sonore); ad un certo punto vi è il massimo della produzione sonora, la “catarsi”, in cui si percepisce un forte calo della tensione e della sensazione di tensione iniziale; da questo momento il gruppo può parlarsi con i suoni e scambiarsi emozioni (anche nel caso della seduta individuale); dopo questo momento di maggiore espressività vi è la conclusione, in cui, in maniera spontanea, la produzione sonora si esaurisce. Quindi l’esperimento corale che dirigo, è una “seduta” grupppale eseguita con criteri specifici, per quanto non apparentemente visibili e riconoscibili: infatti, gli operatori che accompagnano i pazienti al coro, oltre ad essere loro stessi parte attiva, spesso mi riferiscono che non si accorgono delle attività che faccio svolgere loro per raggiungere la creazione del brano, perché sembra tutto molto spontaneo e “fluidico”, senza una direzione prestabilita. Questo è possibile grazie al lavoro svolto prima di ogni prova in cui studio il brano da proporre e tutte le sue parti melodiche per favorire il dialogo sonoro in tutti quei momenti in cui i pazienti improvvisano ritmi o suoni su una canzone proposta.

Sicuramente quanto descritto è possibile trovarlo durante gli interventi con pazienti affetti anche da altre patologie, la differenza peculiare è che in questo caso il terapeuta deve conoscere in modo preciso la natura e l’evoluzione della psicosi, poiché presenta quadri e manifestazioni diverse tra loro che rendono l’approccio attento e dedicato al paziente, rivalutato in base alle osservazioni effettuate durante la seduta. A tale proposito spesso mi confronto con alcuni colleghi psicologi o neuropsichiatri che possono aiutarmi a indirizzare l’intervento in modo da non contrastare il loro operato.

Pertanto, il mio operato è volto a garantire quanto emerso dalle linee guida OMS, per cui l’intervento è teso a creare un ambiente di lavoro che permetta di esprimere le capacità di ogni persona (*Enabling environment*) con i seguenti obiettivi:

1. Tutelare la salute mentale delle persone (prevenzione dei rischi psicosociali)

2. Potenziare le risorse individuali e collettive (promozione alla salute)
3. Includere e valorizzare le minoranze discriminate (inclusione sociale)

Per cui è chiaro che il raggiungimento o miglioramento dello stato di benessere bio-psico-sociale sia un susseguirsi di attività complesse che prevedono competenze e intraprendenza da parte dell’operatore sanitario responsabile dell’attività, ma sicuramente arricchisce in modo bidirezionale coloro che sono coinvolti in tale intervento.

Alla luce di quanto descritto, credo sia importante precisare che essere un infermiere specializzato mi permette di dedicare attenzioni specifiche al paziente, riuscendo a riconoscere degli stati di animo e delle risposte particolari agli stimoli proposti rendendo l’atto di cura maggiormente completo e occupandomi della salute del paziente in maniera olistica, però, trattandosi di una specializzazione non normata, spesso incontro ostacoli per poterla rendere effettiva in un progetto riabilitativo, ma attraverso incontri di preparazione presso i servizi ospitanti o i mandanti, si riesce ad attivare il percorso di cura. Spesso infatti l’intervento musicoterapico è confuso con l’attività di intrattenimento o di gioco, solo grazie ad alcuni momenti di formazione sul tema, riesco a far emergere le importanti differenze sia sul piano strutturale (poiché, come specificato, si tratta di incontri supervisionati e controllati) sia per quanto riguarda gli obiettivi da perseguire (in quanto lavoro sulla riabilitazione o il mantenimento di capacità residue).

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* Infermiere

Specializzato in infermieristica psichiatrica

Musicoterapeuta

BIBLIOGRAFIA

1. <https://stimulus-consulting.it/mental-health-at-work-linee-guida-oms-2022>
2. Manarolo G. (02/12), *La Musicoterapia nei disturbi psichiatrici*. Le cure Musicali, Ed Cosmopolis
3. Manarolo G. (2004), *Musica & terapia*. Quaderni italiani di musicoterapia, Ed. Cosmopolis, 2004
4. Avanzini G., Boni C.A. e al, (11 ott. 2017), *Musicoterapia e relazione. Interventi riabilitativi in ambito psichiatrico-geriatrico e psicoeducativo*.
5. de Witte M., da Silva Pinho A., Stams GJ., Moonen X., Bos A. E. R., van Hooren S. (2016), *Music therapy for stress reduction: a systematic review and meta-analysis*. Pubme
6. Manarolo G. (2020), *Manuale di Musicoterapia. Teoria, metodo e applicazioni della musicoterapia*. Torino, Edizioni Cosmopolis.
7. Manarolo G., presentazione di Petrella F. (2020), *Manuale di Musicoterapia. Teoria, metodi e strumenti per la formazione*. Roma, Carocci Faber Editore.
8. Marcelli D. (2023), *Psicopatologia del bambino* – Sesta edizione, edizione italiana a cura di M. Battaglia. Amsterdam, Edizione Elsevier.

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

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

Antonio Magnani

Massimo Rabboni

Simone Vender