PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

AnnoXXXIX • n. 1 • gennaio–giugno 2026 Rivista fondata da A. Giannelli, diretta da G. Cerveri *Semestrale*

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

Johnson&Johnson

SOMMARIO

AnnoXXXIX • n. 1 • gennaio–giugno

IN PRIMO PIANO

4 **Editoriale**
di Migliarese G., Dell'Osso B.

6 **La Psicosi a portata di click: come le nuove droghe online stanno ridisegnando la clinica psichiatrica**
di Cerveri G.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

12 **Il vissuto degli operatori sanitari: un'osservazione longitudinale e trasversale (a partire dai servizi di salute mentale)**
di Berto E., Manzone M.L., Calvo G., Di Croce E., Marchetti M., Fontò G.

21 **Forgotten children**
Gli effetti della malattia mentale dei genitori sui figli osservati da Assistenti Sociali
di Colavito A., Clerici M.

30 **Quale ontologia per la malattia mentale di oggi e di domani?**
Riflessioni sulla filosofia della psichiatria e sulla psichiatria come scienza
di Delvecchio G., Durbano F.

35 **Continuità di cura e domiciliarità: un'analisi dei progetti della sperimentazione locale sulle Cure Domiciliari in Salute Mentale di ATS Milano Città Metropolitana**
di Ferrari R., Fornoni C., Cauli G., Tosoni F., Arcidiacono E., Salari B., Rolli F.

48 **Comportamenti autolesivi nei giovani con background migratorio di seconda generazione: fattori relazionali e tratti maladattivi di personalità in un campione clinico**
di Pierotti A.P., Atria F., Malvini L., Meliante M., Percudani M.

55 **Politiche sanitarie, modelli di intervento e approcci farmacologici per la dipendenza da Internet nei giovani: una revisione delle evidenze nel contesto italiano**
di Vincenti A.

60 **Assistenza medica al morire nelle patologie psichiatriche: autonomia, capacità decisionale e vulnerabilità**
di Fraticelli C.

70 **Un caso di cronaca nera**
di Grasso F.

74 **Mental Room: valutazione preliminare del loro utilizzo nella prevenzione del ricorso alla contenzione meccanica mei reparti di psichiatria e neuropsichiatria infantile**
di Priori V., Grecchi A., Canevini M.P., Albizzati A., Capone A., Ceppi G., Ferrando E., Maresca G., Mattavelli S., Gobbi L., Panarello S., Modigliani G., D'Agostino A.

81 **Il suicidio assistito del paziente psichiatrico: molte domande, poche certezze**
di Toscano M.

CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ

86 CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M. SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE
Il paziente psichiatrico autore di reato
Una survey multicentrica
di Antini G.I., Simonetti M.L., Mielli L., Pace G., Marcelli S., Gatti C., Caucci S., D'Angelo G.

97 CONTRIBUTO AITeRP ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA
Transizioni, prossimità, evidenze: il Congresso Nazionale AITeRP 2026 e le sfide aperte della riabilitazione psichiatrica italiana
di Carletto M.G.,Casella N, Fossati E., Perillo A., Racioppi L.

103 CONTRIBUTO FAMIGLIE IN RETE OdV ETS COORDINAMENTO NAZIONALE DI ASSOCIAZIONI DI UTENTI E FAMILIARI PER LA SALUTE MENTALE
L'accoglienza del paziente psichiatrico in pronto soccorso
di Gorlani M., Basilici F., Pretto M., Imperatore R., Gori C.

PSICHIATRIA FORENSE

115 **In materia di TSO: il paziente ha diritto alla difesa ma lo pschiatra non rappresenta l'accusa**
di Acciavatti T., Cicolini A.

120 **La salute mentale e i diritti della persona come variabile indipendente: prime considerazioni**
di Amatulli A.

125 **Madri autrici di figlicidio con disturbo psichiatrico: trattamento psicoterapico in REMS**
di Giacco S., Cicolini A.

In copertina: *Snöklockan, Per Åkesson Hasselberg, 1885*
© UFA66 - Own work, CC BY-SA 3.0

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

Continuità di cura e domiciliarità: un'analisi dei progetti della sperimentazione locale sulle Cure Domiciliari in Salute Mentale di ATS Milano Città Metropolitana

Ferrari R., Fornoni C.*, Cauli G.*, Tosoni F.*, Arcidiacono E.*, Salari B.*, Rolli F.**

ABSTRACT

Il presente lavoro si prefigge come obiettivo l'analisi descrittiva qualitativa dei progetti pervenuti all'interno del programma sperimentale annuale di ATS Città Metropolitana di Milano in merito al tema delle cure domiciliari in Salute Mentale.

Il lavoro prende avvio in seguito al percorso di co-progettazione dei servizi di Salute Mentale e Dipendenze, svoltosi nell'anno 2025. Successivamente a questa importante esperienza, grazie all'emanazione della Deliberazione della Giunta Regionale (DGR) 4481/2025 di Regione Lombarda, ATS Milano ha voluto dar seguito alle istanze emerse, attuando una prima sperimentazione volta a promuovere il potenziamento di attività di cura domiciliari per pazienti dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze, con particolare attenzione al tema della continuità delle cure nel passaggio tra servizi differenti, e la costituzione e creazione di reti territoriali.

L'obiettivo di questo articolo è fornire una visione completa della tipologia di interventi proposti, del target di popolazione interessato e delle modalità di svolgimento con i relativi elementi di innovazione – clinica o organizzativa.

Il metodo adottato per l'esecuzione del presente lavoro si configura come un'analisi qualitativa descrittiva dei contenuti delle proposte progettuali, a cui si accompagna una lettura quantitativa del numero e della tipologia di interventi presentati.

INTRODUZIONE

L'importanza dello sviluppo di interventi di domiciliarità in Salute Mentale, intesa nella sua accezione più ampia di interventi nei luoghi di vita dei pazienti, con strutturazione di una rete territoriale, integrati e coordinati con i servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze delle ASST, è ampiamente riconosciuto in letteratura, sostenuto da Linee Guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Antony, 1993; WHO, 2013; WHO, 2014) e recentemente è entrato all'interno della programmazione nazionale italiana con uno specifico capitolo del Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale 2025- 2030 (PANSM 2025- 2030). Il concetto di sviluppo di interventi domiciliari è strettamente connesso al processo di recovery, un processo di cura e cambiamento che è sì individuale, ma può essere attuato solo se vengono sviluppati modelli di valutazione e presa in carico multidisciplinari, integrati con il territorio e con la rete di riferimento locale, flessibili, che permettano alle persone con patologia psichiatrica di ristabilire un equilibrio esistenziale soddisfacente e autodeterminante (Maone e D'Avanzo, 2025).

Le azioni di recovery ed empowerment dell'utente permettono di apprezzare un ventaglio di esiti positivi non solo nel processo di guarigione e stabilizzazione individuale del paziente, ma anche relativamente al benessere dei nuclei familiari e al generale miglioramento della gestione dei pazienti all'interno di altri servizi di psichiatria ospedaliera e territoriale (Davidson et al., 2009; Le Boutillier et al., 2011). Come evidenziato da diversi autori anche nel contesto italiano (De Girolamo et al., 2008; Barone et al., 2014; Bruschetta et al., 2016), l'incorporazione di pratiche di partecipazione e inclusione sociale, oltre che di dispositivi di sostegno all'abitare, risultano essere elementi chiave nel buon processo di reinserimento in comunità di un paziente con storia psichiatrica pregressa e attuale.

CONTESTO DI LAVORO IN ATS MILANO.

Contestualizzando il tema sopra esposto all'esperienza di ATS Milano Città Metropolitana di Milano (da qui in avanti ATS Milano), nel corso del 2025 è stato realizzato un percorso di co-programmazione coordinato dalla Struttura Complessa (SC) di Salute Mentale e Dipendenze di ATS Milano, che ha previsto il confronto, ai tavoli di lavoro, di tutte le componenti istituzionali e degli Enti del Terzo Settore (ETS) che lavorano a vari livelli nel campo della Salute Mentale.

Le componenti istituzionali erano così composte: rappresentati dei Dipartimenti di Salute Mentale per ogni ASST/IRCCS presenti sul territorio, Rappresentanti dei Sindaci, degli Uffici di Piano, dei Dipartimenti dell'area Dipendenze delle ASST/IRCCS, degli Uffici Scolastici Territoriali e dei Centri per la Giustizia Minorile.

Il percorso completo è stato descritto in Ferrari et al. (2025). Durante il percorso, che si è articolato in tre tavoli di lavoro paralleli, divisi per area territoriale (ATS Milano, ATS Milano Ovest e ATS Milano Est), sono emersi diversi bisogni ed istanze dal territorio.

Aspetti di criticità legati al tema della continuità delle cure per i pazienti che avevano necessità di effettuare un cambiamento durante il loro percorso di presa in carico, cambiamento che viene principalmente individuato nei processi di transizione dall'età minorile all'età adulta (e nel conseguente passaggio da una cura erogata dalla Neuropsichiatria Infantile ad una cura erogata dai servizi di Psichiatria) e nei processi di uscita da contesti residenziali (con il conseguente rientro al proprio domicilio). Le criticità evidenziate riguardavano sia la possibilità che il passaggio da un servizio curante ad un altro non fosse ben coordinato, sia la possibilità che esistesse un vero e proprio "buco nella filiera dei servizi", per il quale, ad esempio nel caso dell'uscita dalla residenzialità ed il rientro al domicilio, il paziente non trovasse di fatto un servizio idoneo.

A questi aspetti si affianca la consapevolezza della presenza di servizi territoriali per la Salute Mentale offerti da ETS e dall'associazionismo, che però risultano frammentati e mancanti di un coordinamento unico con i servizi pubblici.

In seguito ad un'operazione di sintesi dei tavoli di lavoro, dall'intero percorso di co-programmazione sono stati valorizzati quindi due macro-tematiche:

- "la domiciliarità, intesa come interventi di cura nei luoghi di vita dei pazienti, imprescindibile dal coinvolgimento delle reti sociali naturali, degli operatori e dei volontari formati, degli ESP e dal supporto e collaborazione dei familiari dei pazienti";
- "la necessità di un modello di valutazione dei bisogni, che comprenda una presa in carico e monitoraggio attraverso la presenza di un Project Manager o Case Manager con una regia trasversale, anche fortemente connesso al bisogno di un raccordo tra l'offerta sanitaria, sociale e socio-sanitaria" (Ferrari et al., 2025).

In *figura 1* un riepilogo visivo di quanto appena esposto.

Queste aree di interesse clinico e organizzativo hanno visto una prima possibilità di trasposizione applicativa con la Deliberazione della Giunta Regionale 4481 di Regione Lombardia del 3 giugno 2025 dal titolo "Approvazione indicazioni operative per la definizione dei modelli innovativi previsti ai sensi del Piano Sociosanitario Integrato Lombardo 2024/2028 e della DGR 3720/2024", la quale prevedeva il finanziamento di progetti innovativi per il sistema sociosanitario che fossero in grado di intercettare i nuovi bisogni emergenti e sperimentassero un nuovo

Figura1: Riepilogo della sintesi delle principali istanze emerse all'interno dei tavoli di co-programmazione

Formazione	Domiciliarità intesa come interventi di cura nei luoghi di vita dei pazienti, coinvolgimento delle reti sociali naturali, degli operatori e dei volontari formati e degli ESP, supporto e collaborazione dei familiari	Mappatura
	Modello di valutazione dei bisogni, presa in carico e monitoraggio attraverso Project Manager e Case Manager con regia trasversale; raccordo tra offerta sanitaria, sociale e socio-sanitaria	

paradigma di modelli di welfare, secondo una logica di filiera e complementarietà degli interventi.

La DGR 4481 ha messo a disposizione 5 aree di progettazione, tra cui le ATS hanno avuto facoltà di scelta: a) Area degli anziani e delle fragilità emergenti, b) Area della presa in carico delle persone con demenza, c) Area delle cure domiciliari, d) Area della disabilità e non autosufficienza, e) Area della salute mentale.

Il bando di Manifestazione d'Interesse, pubblicato in data 11 agosto 2025, ha avuto quindi la finalità di acquisire progetti per la costituzione di "un modello organizzativo innovativo di presa in carico da parte dei servizi accreditati della salute mentale minori e adulti e su invio dei DSMD attraverso UONPIA e CPS, puntato a definire possibili percorsi individuali intensivi territoriali a favore di adolescenti, giovani adulti (es. fascia compresa tra i 14/25 anni) e adulti con problematiche di salute mentale, attraverso interventi territoriali, anche domiciliari, sanitari e/o abilitativi e/o riabilitativi con funzione risocializzante". Interventi quindi di domiciliarità, intesa come accompagnamento all'abitare nella casa e nella comunità per perseguire la recovery, con il possibile coinvolgimento dell'ESP, quali utenti esperti tra pari il cui ruolo risulta significativo nel promuovere sempre più la cultura dell'inclusione e dell'aiuto tra pari, dell'associazionismo e delle reti naturali. Il percorso proposto dovrebbe puntare infatti anche all'integrazione strutturata con la rete del terzo settore operante a livello locale e con esperienza specifica nel settore, in funzione del potenziamento della qualità inclusiva della persona e della famiglia contrastando isolamento sociale e rischi di stigmatizzazione".

È possibile osservare come la fascia di popolazione indicata comprenda anche quella dell'adolescenza- prima età adulta, in modo da permettere ai progetti di cimentarsi in percorsi di accompagnamento nella transizione tra i servizi dedicati all'età evolutiva e quelli per l'età adulta.

Particolare importanza è stata attribuita alla costituzione di una rete di partenariato sia formale con altri Enti del Terzo Settore (ETS) accreditati per la Salute Mentale, sia informale con ETS non accreditati ed Enti locali istituzionali.

ATS MILANO ha voluto garantire la più ampia copertura territoriale degli interventi, dando la possibilità di presentare progetti su tre aree differenti: Area Milano (Comune di Milano), Area Ovest (ASST Ovest Milanese, ASST Rhodense e ASST Nord Milano) e Area Est (ASST Melegnano Martesana e ASST Lodi). Sono pervenute 9 progettualità, tutte ammissibili, che verranno dettagliatamente descritte di seguito.

In questo lavoro viene quindi presentata un'analitica descrizione dei progetti pervenuti, dai quali si presume che la cittadinanza e i servizi di Salute Mentale e Dipendenze potranno trarre giovamento.

METODO DI LAVORO

Il bando di manifestazione d'interesse pubblicato da ATS presentava al proprio interno le indicazioni circa i contenuti da presentare, derivati direttamente dalla co-programmazione precedente, e che sarebbero poi stati oggetto di specifica valutazione.

Abbiamo di seguito sintetizzato gli aspetti caratterizzanti i progetti e la loro descrizione (*tabella 1*).

Il metodo adottato per l'analisi critica e sintetica dei progetti parte quindi proprio da questi elementi principali.

In una prima fase, tutte le informazioni sono state organizzate nella tabella di sintesi che è possibile visionare nell'*Allegato 1*. La tabella è divisa in due parti per necessità grafiche e non mostra il titolo dei singoli progetti.

Successivamente è stata verificata l'effettiva copertura territoriale, includendo i partner istituzionali e non istituzionali presenti in ogni progetto.

Infine, a partire dalla tabella di sintesi delle caratteristiche dei progetti, abbiamo effettuato un raggruppamento sintetico e categoriale circa: 1) l'utenza identificata e l'eventuale scelta di una casistica clinica circoscritta; 2) la tipologia di elementi innovativi proposti, se presenti; 3) gli obiettivi e la tipologia di interventi proposti con le relative azioni e 4) gli indicatori di valutazione del processo e delle attività di progetto.

Tabella 1	
Aspetti caratterizzanti	**Descrizione**
Tipo di Utenza e numerosità prevista	Adolescenti e giovani adulti (tra i 14/25 anni)
	Adulti
Dettaglio dell'utenza	Descrizione delle caratteristiche in termini clinici e sociali dell'utenza target
Obiettivi generali e specifici	Descrizione degli obiettivi generali e specifici
Attività ed azioni	Descrizione delle attività ed azioni in coerenza con gli obiettivi
Innovazione della proposta	Descrizione dettagliata degli elementi innovativi
Indicatori	Descrizione degli indicatori qualitativi e quantitativi
Rete di progetto ed istituzionale	Descrizione della rete di progetto distinta da quella istituzionale che appoggia il progetto, con eventuali documenti relativi (protocolli, accordi, precedenti attività svolte…)

DESCRIZIONE

I progetti pervenuti e ammessi sono nel complesso nove e si distribuiscono con buona omogeneità sull'intero territorio di ATS MILANO.

Come è possibile osservare nell'*Allegato 1*, quattro progetti insistono sul territorio del Comune di Milano, tre sull'Area Est (ASST Lodi e Melegnano Martesana) e due sull'Area Ovest (ASST Ovest Milanese, Rhodense e Nord Milano). Cinque progetti hanno come ente capofila una Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST), mentre quattro progetti hanno come capofila un Ente Gestore accreditato per la Salute Mentale privato.

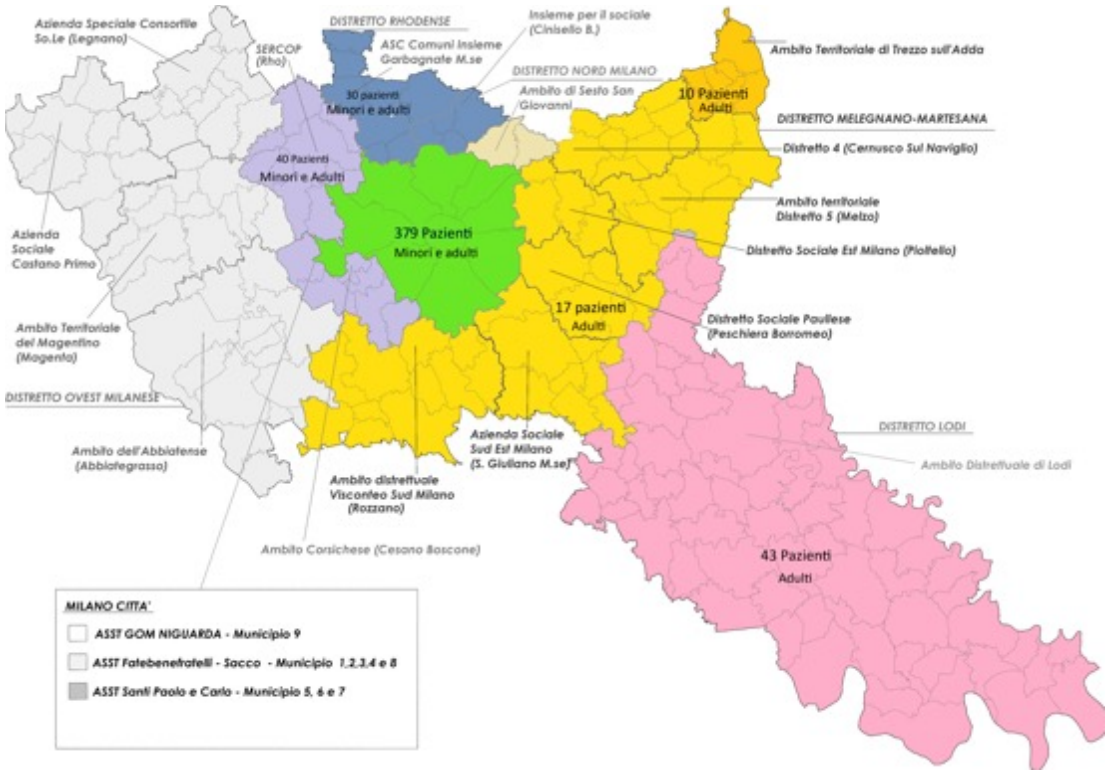
Il partenariato formale, composto da Enti Gestori pubblici e privati accreditati per la Salute Mentale, è stato presentato da cinque progetti, mentre tre progetti hanno presentato una rete composta dal solo partenariato informale (che coincide con la rete territoriale), formato da ETS e da Enti istituzionali sanitari e locali. Gli Enti Istituzionali coinvolti nel partenariato sono complessivamente 7, mentre gli Enti del Terzo Settore risultano 16. Nell'*Immagine 1* si può osservare la copertura territoriale delle azioni progettuali sull'area di ATS Milano. Come si può osservare risulta oggetto delle attività tutta l'area, ad eccezione dell'Ambito Ovest Milanese.

Utenza ed interventi

Per quanto riguarda la scelta dei pazienti a cui indirizzare le attività cliniche e educative, due Enti si sono focalizzati esclusivamente sull'età evolutiva, individuando la fascia tra i 14 e i 25 anni. I due progetti hanno identificato aree di intervento parzialmente differenti, laddove oltre ai giovani con quadro psicopatologico, sono stati compresi 1) in un caso minori stranieri non accompagnati, i giovani con misure penali e disturbi del neurosviluppo e 2) nell'altro caso giovani con grave psicopatologia e in comorbilità una dipendenza patologica.

Quattro progetti hanno strutturato i propri interventi in modo che fossero rivolti sia agli adulti sia ai minori, dando quindi particolare attenzione alla fase di transizione tra i servizi, e tre si sono indirizzati esclusivamente agli adulti. Per quanto riguarda il numero di pazienti previsti per l'accesso a questi percorsi di domiciliarità, è possibile vedere sia in *Tabella 3* sia in *Figura 2* la distribuzione nei progetti e nel territorio: sull'Area di Milano, i 4 progetti presenti hanno previsto un totale di 239 prese in carico, nell'Area Ovest i 2 progetti hanno previsto 70 prese in carico, lo stesso numero è stato previsto per l'Area Est, per un totale complessivo di 379 pazienti previsti. Ogni progetto ha scelto in modo completamente indi-

Figura 2: rappresentazione grafica della distribuzione territoriale e del numero previsto di pazienti per area. L'area di Milano contempla la somma di 4 progetti, che per necessità grafica non è stato possibile distinguere.



viduale il numero di prese in carico possibili, sulla base del budget richiesto e di valutazioni interne; non era presente un vincolo da parte del bando di ATS Milano.

Tutti hanno evidenziato il criterio comune della presenza di psicopatologia grave o a rischio ingravescenza, è però possibile apprezzare una eterogeneità di aspetti clinici su cui ogni singolo progetto ha scelto di focalizzarsi. In particolare, sono stati identificati i giovani a rischio di isolamento sociale e i NEET, i casi in cui sono presenti gesti autolesivi e i pazienti con disturbi del comportamento alimentare. Un progetto in particolare ha scelto di dare specifica attenzione anche a donne con psicopatologia psichiatrica e una concomitante condizione di fragilità sociale ed economica.

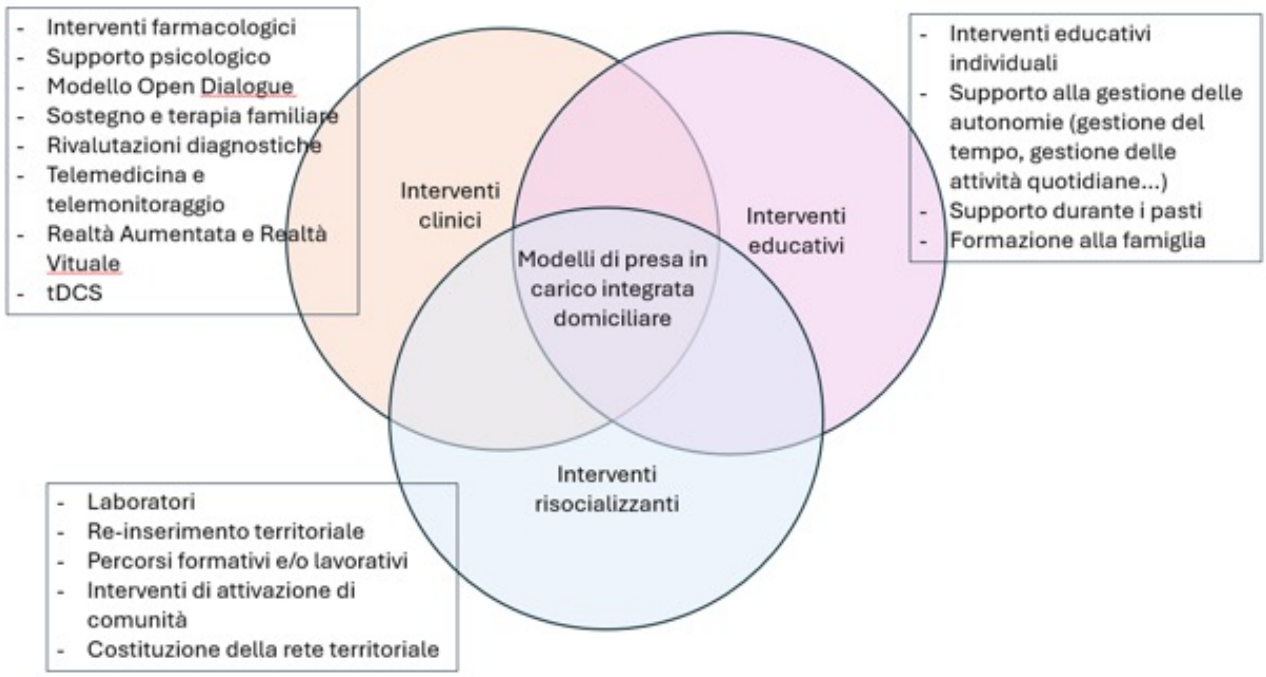
Per quanto riguarda gli interventi proposti, come è possibile osservare nella Tabella in *Allegato 1*, tutti i progetti prevedono interventi di tipo sanitario (clinico-riabilitativi), di tipo educativo e di tipo risocializzante (*Figura 3*).

Tra gli interventi sanitari, oltre al monitoraggio farmacologico, i colloqui psicologici e i colloqui per le rivalutazioni, sono previsti anche specifici interventi (sulla base dell'utenza per ogni progetto) volti, ad esempio, al monitoraggio infermieristico e all'assistenza nella richiesta di esami ematici. All'interno di tre progetti è presente l'utilizzo di strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, che permettono all'Ente pubblico inviante (Centro Psicosociale o Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza) un'ottimizzazione dei processi di supervisione clinica.

Entrando maggiormente nel dettaglio, quasi tutti i progetti (otto su nove) hanno previsto interventi di supporto rivolti alla famiglia o ai caregiver. Oltre a generici interventi di sostegno, poniamo l'attenzione su tre progettazioni peculiari:

- un progetto ha introdotto la figura del Family Coach con relative attività psicoeducative mirate alle famiglie e ai caregiver;
- un progetto ha descritto la presenza della famiglia come elemento centrale all'interno del modello di trattamento Open Dialogue;

Figura 3: rappresentazione grafica della tipologia di interventi presenti complessivamente nei progetti.



– un progetto ha previsto la possibilità di formare le famiglie di pazienti con storia psichiatrica, in modo che possano esse stesse diventare parte di futuri processi di cura, assumendo il ruolo di famiglie Esperte in Supporto tra Pari (ESP).

Il tema dell'attivazione di comunità è stato esplicitamente inserito in tre progetti, che hanno anche identificato questo elemento come innovativo. Viene descritto con maggiore accuratezza nel paragrafo successivo.

Inoltre, un progetto ha previsto un'azione volta a garantire una stabilità abitativa, tramite l'attivazione di co-housing, per uno specifico target di utenti donne che presentano una condizione di particolare fragilità psichica, sociale ed economica.

Infine, in un caso sono stati approntati una serie di interventi diversificati specificamente rivolti al trattamento delle dipendenze patologiche. Questi ultimi risultano anche essere degli elementi di innovatività, e vengono dettagliatamente descritti nel prossimo paragrafo.

Innovatività

Per quanto riguarda gli elementi di innovatività, abbiamo raggruppato le proposte in tre categorie: 1) innovazioni tecnologiche applicate alla clinica, 2) innovazioni nell'utilizzo di strumenti clinici non applicati in precedenza nei servizi pubblici, 3) innovazione nel modello organizzativo e operativo proposto.

Rispetto alle innovazioni tecnologiche, tre progetti hanno individuato degli strumenti da applicare alla clinica in casistiche definite, secondo le recenti rilevazioni di letteratura.

L'utilizzo della Realtà Virtuale e delle Realtà Virtuale Aumentata a scopo clinico è stato proposto da due progetti per il trattamento rispettivamente delle fobie e del craving da sostanze (Hone-Blanchet et al., 2014; Yeh et al., 2018; Albakri et al., 2022). Un terzo progetto, che si rivolge a giovani con psicopatologia e contemporanea dipendenza da sostanze, prevede una proposta che sviluppa gli elementi di innovatività su più direttrici. Innanzitutto, è presente l'utilizzo di strumenti tecnologici applicati alla pratica clinica, quali la transcranial

Direct Current Stimulation (tDCS) e il gaming tramite la Realtà Virtuale Aumentata (AR) che permettono di ridurre il craving sia nei disturbi da uso di sostanze che nelle dipendenze comportamentali e nel controllo dell'impulsività (Lupi et a., 2017; Lapenta et al., 2018). Queste tecniche vengono applicate all'interno del modello di trattamento Open Dialogue (Seikkula et al., 2001), un approccio individualizzato e adattato al bisogno, che contempla un diretto coinvolgimento attivo delle famiglie con operatori specificamente formati, e l'attivazione di equipe multidisciplinari che in questi progetti vedono anche la partecipazione di figure professionali quali l'antropologo e il criminologo. Il modello descritto in letteratura è strutturato, si compone di diverse fasi di trattamento che si sviluppano nel corso di 12 mesi.

Come "modello" organizzativo e operativo innovativo, cinque progetti hanno indicato la costituzione della rete territoriale e di attivazione di comunità o la costituzione di un differente assetto organizzativo interno in relazione alla gestione dei pazienti.

Entrando nel dettaglio, tre progetti hanno descritto la costituzione di modelli di rete multilivello con stretta collaborazione tra le attività dell'Ente ospedaliero inviante, dei servizi ASST territoriali e gli ETS locali (collaborazione che si basa anche su pregressa esperienza consolidata), prevedendo il coinvolgimento ad esempio della scuola e del servizio sociale territoriale, tramite un sistema di governance stratificato in cui tavoli di coordinamento mensili e bimestrali- Cabine di Regia- che integrano al loro interno anche i partner di progetto, definiscono le priorità di presa in carico e l'organizzazione generale. Tali priorità vengono poi calate nelle attività strettamente operative, che vengono governate attraverso apposite equipe. Un progetto ha previsto anche una reperibilità telefonica con i pazienti continua h24.

Infine, due progetti con capofila ASST pubblico hanno individuato come elemento di innovatività il metodo stesso di lavoro che intendono di adottare in queste esperienze progettuali, il quale si discosta in modo importante dalla metodologia che gli Enti pubblici sono in grado di erogare durante l'attività ordinaria. Il concetto di "modello di lavoro innovativo" non si sovrappone al "modello di costituzione della rete territoriale" che è stato sopra descritto, poiché in questo caso il focus riguarda la presa in carico del paziente secondo una direttrice di forte coordinamento tra diversi servizi della stessa ASST, affinché sia garantita 1) la continuità di cura nelle fasi di transizione dai servizi di salute mentale per minori ai servizi per adulti, e 2) il rientro alla propria abitazione in seguito alle dimissioni da una struttura residenziale. Lo sforzo, in questi casi, riguarda il mantenimento costante e coerente della presenza dell'operatore clinico ed educativo, evitando che si creino momenti di "vuoto" nel passaggio da un servizio ad un altro.

Indicatori di valutazione

Per quanto riguarda la valutazione, ogni progetto ha identificato una serie di indicatori quantitativi e qualitativi, che si dividono in Indicatori di Processo, Indicatori di esito clinico e Indicatori di esito Sociale.

Nella *tabella 2* vengono sintetizzati complessivamente gli indicatori che concettualmente risultano comuni a tutti i progetti. Gli strumenti individuati dai progettisti per rilevare gli indicatori fanno riferimento sia ai registri interni di monitoraggio dei pazienti e le cartelle cliniche, sia a strumenti testistici. Questi ultimi hanno l'obiettivo di valutare 1) il quadro psicopatologico del paziente interessato e il suo stato clinico, 2) lo stato di benessere personale del paziente relativamente alla sfera sociale e 3) lo stato di benessere della famiglia.

La *tabella 2* non fornisce una rappresentazione esaustiva di tutti gli elementi che si intendono valutare, poiché ogni singolo progetto ha declinato specifici aspetti caratterizzanti, quali (a titolo esemplificativo) il grado di autonomia raggiunta nella gestione del tempo e della casa, il numero di recidive penali ed il numero di eventi di detenzione e uso di sostanze (per quei progetti che contemplano pazienti con questa caratteristica), il

Tabella 2

Tipo di indicatore	Indicatore	Strumento di rilevazione
Indicatore di processo	Numero totale di pazienti presi in carico	Registro interno, Cartella clinica
	Numero di famiglie coinvolte	Registro interno, Cartella clinica
	Giornate di ricovero nel periodo relativo al progetto	Registro interno, Cartella clinica
	Giornate di ricovero nell'anno precedente	Registro interno, Cartella clinica
	Numero complessivo di accessi domiciliari	Registro interno, Cartella clinica
	Numero di Drop Out	Registro interno, Cartella clinica
	Elaborazione di protocollo con la rete territoriale	Registro interno, Cartella clinica
	Elaborazione finale di un modello di gestione e trattamento	Documento presentato dal capofila
	Attività di rete	Documento presentato dal capofila
Indicatore di esito clinico/ riabilitativo	Misurazione della condizione clinica del paziente	Scale BPRS, HONOS, GAF, CGI-I
	Valutazione della compliance	ND
	Misurazione della qualità di vita percepita	WHOQOL O KIDSCREEN
Indicatore di esito sociale	Numero complessivo di attività laboratoriali e risocializzanti attivate	Registro interno, Cartella clinica
	Numero di percorsi di formazioni e/o lavorativo awiati	Registro interno, Cartella clinica
	Grado di soddisfazione del percorso del paziente	Questionario di soddisfazione
	Misurazione del funzionamento personale e sociale	Scala FPS VADO, Interviste individuali, Mappa di Todd
	Livello di Inclusione Sociale percepito (PoS)	Scala Personal Outcome Scale (Pos)

numero di agiti etero o auto-aggressivi o il numero di eventi di formazione effettuati.

Le informazioni provenienti dai progetti e gli indicatori sopra elencati sono stati utilizzati per elaborare un flusso informativo informatizzato atto a permettere una rendicontazione tecnica, oltreché economica, omogenea per tutti i progetti, ed utile ad una futura conclusiva valutazione di questa prima sperimentazione.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Discussione

I progetti e le loro attività descritte in questo articolo, come già anticipato in Introduzione, sono l'esito di un percorso di co-programmazione (Ferrari et al., 2025) che si è svolto tra aprile e giugno 2025 e che ha coinvolto per intero la componente pubblica sanitaria e istituzionale che è attiva nell'area della Salute Mentale e Dipendenze dell'ATS di Milano, oltre agli Enti del Terzo Settore.

Le tematiche sintetiche emerse in co-programmazione e poi successivamente richiamate nell'applicazione della DGR 4481/2025 avevano decisamente evidenziato la necessità di coprire una carenza di servizio legata alla continuità delle cure nelle fasi di transizione (sia d'età sia da un servizio all'altro) e di conseguenza di sperimentate modelli di coordinamento multilivello tra i servizi pubblici e quelli offerti dalla rete del Terzo Settore, di modo che la mancanza di una rete naturale possa essere sopperita da una rete curante territoriale.

Nei progetti descritti possiamo quindi ritrovare questi stessi obiettivi, declinati con le peculiarità specifiche che ogni Capofila ha individuato.

La realizzazione di progetti di domiciliarità volti alla recovery dei pazienti ed effettuati in sinergia con il mondo del Terzo Settore locale, richiedono necessariamente la messa in campo di competenze di organizzazione e management che è possibile effettivamente ritrovare all'interno di tutti i progetti. Si sottolinea però, come in particolare tre di essi abbiano dedicato una specifica attenzione a questa area, sviluppandola come un elemento di innovazione progettuale e dando valore al lavoro di costituzione della rete.

La presenza di Utenti Esperti (ESP), la presenza strutturale di figure di Case Management e Project Management, la sistematica integrazione dell'intero nucleo familiare all'interno del processo di cura sono esempi di questo iter intrapreso.

È interessante inoltre dare risalto agli elementi di innovatività presentati, che danno una visione del cambiamento in atto nei modi e negli strumenti della cura.

Molti progetti hanno inserito la telemedicina, utile sia per visite mediche e psicologiche da remoto, sia per incontri di monitoraggio. Questo dispositivo, oltre all'indubbia utilità legata alla logistica delle visite a domicilio, trova anche una specifica applicazione clinica in quei casi di forte isolamento sociale (ad esempio hikikomori) con la funzione di "strumento di avvicinamento" maggiormente accettato rispetto alla presenza fisica, in una fase iniziale.

Nell'ambito dell'utilizzo delle nuove tecnologie, si osservano con interesse sia 1) l'applicazione degli strumenti di Realtà Virtuale e di Realtà Virtuale Aumentata per i casi di Fobia o di Ansia Sociale, sia 2) l'applicazione della tDCS per la riduzione del craving nei casi di dipendenza da sostanze o digitale.

Tutti gli obiettivi sopra descritti sono inoltre coerenti con le indicazioni presenti nel Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale 2025- 2030 (PANSM 2025-2030) che identifica un capitolo intero all'importanza della transizione tra servizi per l'età evolutiva e servizi per l'età adulta, con particolare attenzione al tema della recovery per la popolazione giovanile con problemi di uso di sostanze e all'empowerment, oltre che alla continuità delle cure.

Anche la figura del Case Manager viene individuata come elemento prioritario, la cui implementazione all'interno delle equipe cliniche è prevista entro 3 anni.

Infine, si sottolinea anche la coerenza delle azioni progettuali che prevedono l'utilizzo della telemedicina con l'obiettivo PANSM di implementazione strutturale di questo strumento, anche tramite una futura piattaforma nazionale.

Conclusioni

Considerando il percorso avviato già con la co-programmazione, e questo primo esito progettuale, possiamo affermare che si è osservata una collaborazione fattiva e l'emersione di una nuova consapevolezza negli operatori sanitari circa la necessità dell'integrazione della rete, un tempo esistente come rete naturale nei piccoli centri, ma non più presente nelle grandi città.

Negli anni è stato osservato un progressivo cambiamento dell'assetto organizzativo lavorativo dei CPS, progressivamente sempre più integrati tra loro con l'ospedale e con altri Enti nella cura del singolo utente, attraverso l'applicazione dei progetti di vita, e nella cura dell'ambiente relazionale comunitario.

Ad oggi, grazie anche all'applicazione della normativa

relativa all'Integrazione Sociosanitaria (Legge 328/2000, Legge Regione Lombardia 23/2015, DGR n. XI/4885 del 2021), si può osservare una tensione atta alla ricostituzione di un coordinamento di rete tra servizi sanitari e territorio.

I prossimi passi da intraprendere saranno volti a costituire un metodo di valutazione dell'andamento di queste sperimentazioni, che permetta di comprendere quali elementi progettuali risultano essere maggiormente efficaci e quali invece di più complessa realizzazione, anche effettuando delle considerazioni relative alle diverse metodologie utilizzate.

La valutazione del miglioramento del paziente necessita sicuramente di analisi quantitative legate agli strumenti testistici standard, ma deve anche considerare gli aspetti relativi ai possibili traguardi esistenziali del paziente rispetto alla sua storia di malattia: per i minori la ripresa e la conclusione di un percorso scolastico o la realizzazione di forme di socializzazione, per gli adulti la ripresa di obiettivi individuali, anche lavorativi, e un minor ricorso alla residenzialità nel futuro.

Afferenza degli autori

* *ATS Città Metropolitana di Milano*

Bibliografia

1. Albakri, G., Bouaziz, R., Alharthi, W., Kammoun, S., Al-Sarem, M., Saeed, F., & Hadwan, M. (2022). *Phobia exposure therapy using virtual and augmented reality: a systematic review*. Applied Sciences, 12(3), 1672.
2. Anthony, W. A. (1993). *Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s*. Psychosocial rehabilitation journal, 16(4), 11.
3. Barone, R., Bruschetta, S., & Frasca, A. (2014). *Gruppo analisi e sostegno all'Abitare. Domiciliarità e residenzialità nella cura comunitaria della grave patologia mentale*. FrancoAngeli.
4. Bruschetta, S., Frasca, A., & Barone, R. (2016). *Verso servizi comunitari di salute mentale recovery-oriented*. Nuova Rassegna Studi Psichiatrici, 13(1).
5. Davidson, L., Rowe, M., Tondora, J., O'Connell, M. J., & Lawless, M. S. (2008). *A practical guide to recovery-oriented practice: Tools for transforming mental health care* (Vol. 1, pp. 1-269). New York: Oxford University Press.
6. De Girolamo, G., Picardi, A., Micciolo, R., Falloon, I., Fioritti, A., & Morosini, P. (2002). *Residential care in Italy: National survey of non-hospital facilities*. The British Journal of Psychiatry, 181(3), 220-225.
7. DGR XI/ 4885 del 14/06/2021. U*lteriori determinazioni in ordine alle linee di sviluppo dell'assetto del sistema socio-sanitario lombardo delineato dalla legge regionale 11 agosto 2015, n. 23*. Regione Lombardia
8. DGR n° XII/ 4481 del 03/06/2025. *Approvazione indicazioni operative per la definizione dei modelli innovativi previsti ai sensi del piano sociosanitario integrato lombardo 2024/2028 e della dgr 3720/2024*. Regione Lombardia.
9. Ferrari R., Arcidiacono E., Cauli G., Fornoni C., Mancin R., Salari B., Tosoni F., Rolli F. (2025). *La*

prima esperienza di co-programmazione dei servizi di Salute Mentale in ATS Città Metropolitana di Milano. Psichiatria Oggi 2(21).

10. Hone-Blanchet, A., Wensing, T., & Fecteau, S. (2014). *The use of virtual reality in craving assessment and cue-exposure therapy in substance use disorders*. Frontiers in human neuroscience, 8, 844.
11. *Innovation in deinstitutionalization: a WHO expert survey*. Geneva, World Health Organization (2014).
12. Lapenta, O. M., Marques, L. M., Rego, G. G., Comfort, W. E., & Boggio, P. S. (2018). *tDCS in addiction and impulse control disorders*. The journal of ECT, 34(3), 182-192.
13. Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J., & Slade, M. (2011). *What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance*. Psychiatric services, 62(12), 1470-1476.
14. Legge 8 novembre 2000, n. 328. *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*.
15. Legge regionale 11 agosto 2015, n. 23. E*voluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33* (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità). Regione Lombardia
16. Lupi, M., Martinotti, G., Santacroce, R., Cinosi, E., Carlucci, M., Marini, S., ... & di Giannantonio, M. (2017). T*ranscranial direct current stimulation in substance use disorders: a systematic review of scientific literature*. The Journal of ECT, 33(3), 203-209.
17. Medeiros H, McDaid D, Knapp M, the MHEEN Group. *Shifting care from hospital to the com¬munity in Europe: economic challenges and opportunities*. London, MHEEN II Policy Briefing 4, Personal Social Services Research Unit, 2008.
18. *Mental health action plan, 2013–2020*. Geneva, World Health Organization, 2013
19. Seikkula, Birgitta Alakare, Jukka Aaltonen, J. (2001). *Open dialogue in psychosis I: An introduction and case illustration*. Journal of Constructivist Psychology, 14(4), 247-265.
20. Tavolo Tecnico per la Salute Mentale (2025). *Piano di Azioni Nazionale per la Salute Men tale, PANSM 2025-2030*. Roma: Ministero della Salute.
21. Yeh, S. C., Li, Y. Y., Zhou, C., Chiu, P. H., & Chen, J. W. (2018). *Effects of virtual reality and augmented reality on induced anxiety*. IEEE Transactions on Neural Systems and Rehabilitation Engineering, 26(7), 1345-1352.

ALLEGATO 1

Tabella 3

Area progetto	Ente Capofila	Partenariato (N° Enti)	Partenariato (Enti Gestori)	Rete territoriale anche informale e ETS	Utenza	Utenza dettaglio	N° previsto di pz in carico
Milano	Pubblico	2	1 ASST 1 ETS	3 ETS	Adulti e minori	1. problematiche salute mentale e elevata marginalità socio-eco 2. disturbi comportament, DNA, ritiro sociale, quadri clinici sub acuti	140
Milano	Pubblico	2	2 ETS	12 Enti pubblici, istituzionali ed ETS	Minori	14-18 anni, condizione di passaggio tra servizi o livelli di intensità, necessità tempestiva di risocializzazione, inclusi tutti i disturbi del neurosviluppo, MSNA, minori migranti, penale minorile	19
Milano	Privato	1	1 ETS	1 ETS	Minori	14- 18 anni con grave psicopatologia e dipendenza patologica. Esclusione ritardo mentale medio-grave	10
Milano	Pubblico	1	1 ETS	1 ETS	Adulti e minori	1. Giovani quadri psicopatologici complessi 2. Adulti che richiedono interventi domiciliari	70
Est	Pubblico	0	No	1 Ente Istituzionale	Adulti	1. giovani adulti psichiatr grave 2. adulti psichiatr grave in prova autonomia abitativa 3. donne adulte fragili senza figli 18-60 anni	43
Est	Privato	0	No	2 ETS e 1 Ente Istituzionale	Adulti	Giovani adulti 18- 25 anni con generali problematiche di salute mentale	17
Est	Privato	0	No	No	Adulti	• Disturbi mentali gravi con autonomi funzionali deficitarie • Supporto attivo alle autonomie domestiche e inclusione sociale • Dimissioni protette post interventi riabilitative	10
Ovest	Pubblico	0	No	2 Enti istituzionali	Adulti e minori	14-25 anni A rischio o con Psicopatologia conclamata Ritiro sociale Gesti autolesivi NEET	40
Ovest	Privato	1	1 ASST	2 Enti istituzionali	Adulti e minori	1. adulti e minori_ 14-25 anni con quadro di disturbo di personalità in via di strutturazione, Ritiro Sociale Discontrollo Autolesività	30

Tabella 4

Area progetto	Denominazione Progetto	Ente capofila	Utenza	Interventi	Elementi di innovatività
Milano	Progetto 1	ASST	Adulti e minori	1. Domiciliari clinico-riabilitativi 2. Domiciliari socio-riabilitativi 3. Inclusione e socializzazione 4. Supporto diretto alle famiglie	1. Coordinamento con ETS e tessuto territoriale 2. Utilizzo clinico della Virtual Reality 3. Reperibilità telefonica continua
Milano	Progetto 2	ASST	Minori	1. Interventi educativi 2. Interventi terapeutici 3. Tutoraggio individuale per i minori 4. Supporto genitoriale 5. Individuazione di famiglie ESP 6. Inclusione e risocializzazione 7. Interventi formativi e informativi	1. Modello di presa in carico che prevede continuità delle cure 2. Costituzione di una rete territoriale con ETS
Milano	Progetto 3	ASST	Minori	1. Interventi clinici 2. Interventi clinici e formativi rivolti alle famiglie 3. Interventi riabilitativi	1. Interventi specialistici rivolti a minori in doppia diagnosi con presenza di figure professionali specificamente formate (antropologo e criminologo) 2. Utilizzo clinico della tDCS e Augmented Reality 3. Cartella clinica elettonica
Milano	Progetto 4	ASST	Adulti e minori	1. Visite domiciliari cliniche 2. Interventi educativi 3. Prevenzione della riacutizzazione 4. Inclusione e risocializzazione 5. Sostegno ai caregiver	1. Family Coach 2. Coinvolgimento attivo degli ESP
Est	Progetto 5	ASST	Adulti	1. Interventi educativi 2. Interventi socializzanti 3. Supporto ai familiari 4. Supporto collocazione abitativa	ND
Est	Progetto 6	Privato	Adulti	1. Interventi educativi 2. Intervnti socio-sanitari 3. Telemedicina 4. Telemonitoraggio 5. Formazione	1. Colloqui in telemedicina 2. Telemonitoraggio infermieristico e supporto nella richiesta di esami ematici
Est	Progetto7	ASST	Adulti	1. Interventi clinici 2. Interventi educativi 3. Interventi risocializzanti 4. Supporto genitoriale 5. Interventi per creazione di rete territoriale	ND
Ovest	Progetto 8	ASST	Adulti e minori	1. Interventi clinico riabilitativi 2. Interventi educativi 3. Attivo coinvolgimento famiglie 4. Interventi socializzanti 5. Sviluppo di comunità	1. Modello di presa in carico con continuità delle cure 2. Costituzione di una rete territoriale con ETS
Ovest	Progetto 9	Privato	Adulti e minori	1. Interventi clinici 2. Interventi educativi 3. Interventi risocializzanti 4. Supporto genitoriale 5. Interventi su rete sociale e di quartiere	ND

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