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

Il suicidio assistito del paziente psichiatrico: molte domande, poche certezze

Toscano M. *

Un recente articolo comparso sulla Rivista di Psichiatria (De Girolamo, 2025), relativo al suicidio assistito di pazienti affetti da depressione grave, non lascia adito a dubbi riguardo le conclusioni raggiunte. Per i firmatari, la scelta del suicidio è "un'opzione inaccettabile" da "combattere fermamente". Nel testo si chiede agli psichiatri di assumere una "chiara presa di posizione", richiamo che, ad un orecchio non del tutto ingenuo, suona come presa di posizione "ideologica". L'appello alla fermezza non riposa tanto sull'inconfutabilità delle prove addotte – che peraltro stentano- quanto sulla scelta etica di fondo. In ambito etico nulla è "chiaro". Come scrive Magni, nell'ultima edizione del suo volumetto dedicato alla Bioetica (Magni, 2026), "il disaccordo morale appare come la caratteristica più evidente nella rassegna delle varie proposte bioetiche" e prosegue ribadendo che "La pretesa di difendere la morale *tout court* si rivela quasi sempre la difesa di un particolare punto di vista morale". Nessuna contestazione quindi al fatto che una certa posizione morale venga espressa "chiaramente" e aggreghi consenso ma la perentorietà dell'asserto e l'estensione di questo a criterio etico per l'intera categoria degli psichiatri mal si addicono ad una materia tanto delicata. Scopo del presente contributo è procedere con un riesame delle argomentazioni proposte dall'articolo, alla ricerca di punti di vista alternativi.

METODO E CONFRONTO

Pertinenti sono arrivate le considerazioni di chi, armato di meno certezze, si è chiesto se si possa "togliere la parola" ai pazienti (Amatulli, 2025). L'Autore affronta alcuni nodi giudiziari e normativi del problema offrendo una lettura alternativa argomentata: "Il disturbo mentale non deve essere considerato un marchio di incapacità, ma una ragione di maggiore prudenza e profondità di analisi". Come dire che non possiamo più esimerci dall'affrontare in modo frontale il vero nodo della questione: "[...] concepisco, o non concepisco, che possa essere possibile che una persona con disturbo mentale grave possa avere un grado di competenza decisionale nonostante la malattia medesima, in un momento dato" perché, prosegue, "Non vi è, e su questo c'è sicuro accordo, una corrispondenza automatica tra malattia mentale e incapacità". Questa non corrispondenza ha portato, in maniera altrettanto ideologica, il parlamento svedese ad eliminare dal Codice Penale la non imputabilità del paziente psichiatrico e lo ha fatto seguendo la suggestione di uno psichiatra locale. Cito questo esempio, nervo scoperto della nostra disciplina, solo e unicamente per mostrare come un approccio ideologico - assenza di capacità vs. piena capacità, svincolate dal caso specifico - possa essere piegato a proprio piacimento e condurre a scenari diametralmente opposti, con esiti rilevanti sulla vita reale della persona. Stesse premesse, esiti diversi. È quanto emerge dal contributo di Van Os e Denys (Van Os, 2026) che, nel criticare l'approccio Olandese considerato eccessivamente libertario in materia di MAID (Medical assistance in dying), ripropone tutte le perplessità che hanno caratterizzato il lavoro italiano, giungendo però a conclusioni del tutto diverse: non si nega tout court la possibilità di scelta del paziente bensì vengono invocati "international scrutiny, robust ethical debate, and cross-disciplinary regulation". La visione è di ampio respiro perché la "vita" ha molti stakeholders, ciascuno con diritto di opinione: "The Dutch model of psychiatric euthanasia exposes a painful tension at the heart of medicine: on what grounds is medical expertise solely responsible for existential mental suffering?".

LA SOGGETTIVITÀ

Nel testo dell'articolo comparso sulla Rivista di Psichiatri si richiama la sentenza 207/2018 della Corte Costituzionale, ripresa poi dal Comitato Nazionale di

Bioetica, secondo la quale, per giustificare un'assistenza di terzi al suicidio assistito, la malattia deve essere "fonte di sofferenze psicologiche giudicate intollerabili". Ed è su questa affermazione che si nota un singolare slittamento di prospettiva. Il testo dell'articolo prosegue ricordando che "la depressione[...] può non essere una condizione patologica irreversibile". Appare evidente che dal piano soggettivo dell'intollerabilità della condizione si è scivolati al piano oggettivo della sua curabilità. Secondo questa logica il paziente viene esautorato della capacità di giudizio circa la tollerabilità o meno del sintomo. Si trascura quindi il fatto che Il paziente che chiede di porre fine alla propria esistenza non lo fa perché erroneamente portato a percepirsi come incurabile ma perché non si sente più in grado di sopportare le conseguenze della condizione stessa. La dimensione soggettiva, non meramente utilitaristica, era ben presente in pensatori del passato. Seneca, nella lettera a Lucilio, scrive: "[...] quando saprò di dover soffrire condannato ad un dolore senza fine, allora uscirò dalla vita non per fuggire il dolore, ma perché esso sarà di impedimento a tutte quelle cose che costituiscono la ragione di vivere". Questo passo sembra descrive alla perfezione la condizione di alcuni dei nostri pazienti gravemente depressi il cui orizzonte temporale si chiude e nulla ha più significato.

Un maestro del pensiero psichiatrico, Viktor Frankl, ha dedicato pagine memorabili alla "volontà di significato" propria dell'essere umano (Frankl, 2020) sostenendo che, anche nelle situazioni più avverse e di sofferenza, la vita conserva un senso e che la "tragica triade dell'esistenza umana, formata da sofferenza, dalla colpa e dalla morte" può "essere sempre trasformata in conquista". Sebbene il messaggio di speranza implicito in queste parole meriti la massima considerazione non è un caso, forse, che il grande psichiatra e psicoterapeuta citi espressamente solo la sofferenza connessa alla condizione di terminalità organica. Nello scritto in questione non vi è alcun richiamo alla patologia psichiatrica. Lo stesso Frankl ricorda che "Nessuno psichiatra, nessuno psicoterapeuta [...] può dire a un paziente quale sia il senso della sua vita". Ritengo sia emblematico che affidi la soluzione alle parole di un altro sopravvissuto ai campi di concentramento, Yeuda Bacon, di cui ricorda la frase: "Solo più tardi capii il vero significato della sofferenza: essa può avere un significato se cambia in meglio *te stesso*". Tuttavia poiché la sensibilità del paziente non coincide con quella del curante quest'ultimo si pensa legittimato a chiedere la sopportazione della sofferenza, confidando in una promessa di guarigione che potrà esserci come no.

LA CAPACITÀ

L'articolo di "Rivista" prosegue quindi invitando lo psichiatra, giustamente, a trasmettere speranza per poi puntare dritto alla tesi centrale ovvero che "una grave sofferenza psichica è spesso accompagnata da una compromessa capacità di giudizio e di autonomia decisionale". La valutazione della capacità mentale è per certo un elemento centrale ai fini della valutazione del carattere autonomo ed informato della decisione del paziente. L'assessment di tale capacità, come ricorda Ramon-Pozòn (Ramos-Pozón, 2025) richiede spiccata empatia e capacità di trascendere il solo giudizio clinico, favorendo la comprensione delle ragioni del paziente come essere umano. L'Autore prosegue invitando a non ridurre il tema della capacità alla sola dimensione cognitiva: "Not all people with mental health problems are vulnerable in the same way or to the same extent; therefore each request for euthanasia must be evaluated individually to understand it throughly. In accordo con questa visione Rina Tzinman (Tzinman, 2025) indagando, secondo una prospettiva logico-filosofica, il ruolo della depressione nel limitare la capacità decisionale del paziente si sente di concludere: "I demonstrate that even when depression is a factor in the patient's decision, it does not automatically undermine autonomy".

Credo che il tema della capacità non possa procedere disgiunto da quello precedente della soggettività ovvero della percezione della sofferenza dal punto di vista del paziente. Quale capacità di giudizio e di decisione ci vuole

perché la persona qualifichi come intollerabile la propria sofferenza? La sofferenza che la persona sente nel corpo vivo quale ulteriore interpretazione necessita? È possibile che la sofferenza venga temperata dalla speranza, ma chi può sapere, caso per caso, quando la speranza sconfina nell'illusione? Tutte le argomentazioni ruotano attorno alla "depressione", nessuna al "depresso". Quella centralità del paziente sempre più invocata e che dovrebbe sostituirsi alla centralità della malattia nei rapporti tra il curante ed il suo assistito ha vita corta. L'idea che la persona debba essere accolta nella sua pluralità di bisogni evitando di ridurla a semplice oggetto della prestazione sanitaria suona come un vuoto proclama. Se si espropria la persona della facoltà di dire "basta" si espunge la vita dal dominio della disponibilità. Questa è una precisa scelta etica di tipo normativo che si cerca di spacciare per evidenza scientifica. Colpisce il fatto che una posizione tanto perentoria non sia sostenuta da altrettanto numerose quanto solide evidenze di letteratura. L'oggettiva carenza di dati basta a garantire un giudizio granitico, almeno questo è quanto balza all'occhio per il paragrafo *motivi clinici*. Per quello successivo – *motivi scientifi*ci – va persino peggio: nessun riferimento bibliografico e/o richiamo ad un possibile contradditorio. In più il paradosso che scaturisce dal fatto che gli estensori dell'articolo sottolineano come qualsiasi prognosi non possa dirsi "assoluta", che si è esposti a "errori diagnostici" e "giudizi fallaci" ma tutto ciò sembra valere solo e unicamente a senso unico, nella direzione del divieto. Come non pensare che dietro al paravento della "scientificità" non vi sia altro che una presa di posizione ideologica che, seppur legittima, deve essere proposta per quello che è? Da ultimo il paragrafo si conclude ricordando che esistono "remissioni tardive... anche dopo anni o decenni di depressione resistente". Mi chiedo che cosa resti di una vita vissuta in fondo al pozzo della depressione se non lo sgomento di fronte a un mucchio di cenere e la rabbia spaesata nei confronti di chi ci ha tenuti legati a una siffatta esistenza.

GLI SVILUPPI

Proseguendo nella lettura dei paragrafi successivi, rispettivamente *motivi etici* e *motivi medico-legali*, lo spirito di sintesi appare davvero eccessivo nonostante vengano messi in campo due elementi di rilievo. Il primo è quello relativo a "scivolamenti" normativi per altri disturbi mentali, altrettanto gravi". Il pensiero corre, io credo, soprattutto ai gravi disturbi di personalità per i quali tuttavia non sono così sicuro che valgano le considerazioni *cliniche* e *scientifiche* addotte per la depressione grave. Il divieto si estende pertanto anche a queste condizioni, inopportunamente accomunate alla depressione, per le quali è meglio mettere da subito le mani avanti e dire "no"! Ogni psichiatra sa quanto ostico sia il disturbo di personalità soprattutto per quanto riguarda la possibilità di esercitare un valido trattamento. Ogni curante ha toccato con mano il grado di sofferenza soggettiva che questi disturbi infliggono a chi ne soffre (e a chi entra in contatto con loro) nonchè l'elevato tasso di agiti anticonservativi che molto spesso rappresentano l'atto finale di quelle esistenze. Lentamente si afferma un principio, ed ecco il secondo elemento, secondo il quale molti pazienti psichiatrici, qualunque sia la natura del loro disturbo non sono capaci di autodeterminazione. Gli autori giustamente sottolineano quanto sia difficile valutare questo aspetto ma la difficoltà non solo non stimola la discussione e la ricerca ma nemmeno favorisce l'*epochè*. Non resta che vietare.

L'articolo si conclude con una vera e propria "mozione degli affetti". Si ricordano gli "orrori e l'uso politico" della medicina e della psichiatria che non devono avallare "scelte di morte" bensì "mostrarsi alleate della vita". Ancora una volta il primato è degli enti astratti (la depressione, la vita) e non degli individui in carne ed ossa. Questi tuttavia non devono essere "abbandonati". Giusto, non a caso il suicidio viene detto "assistito". L'abbandono si ha quando la persona, disperata e senza una soluzione valida per lei (non per altri), ricorre a darsi la morte in modo solitario e, il più delle volte, indecente.

Questa logica non è per nulla sconosciuta alla medicina che, su questa base, ha preferito legalizzare l'aborto piuttosto che acconsentire al vero orrore di soluzioni alternative estemporanee.

Giunti sin qui, l'intera riflessione può essere riformulata forse in questi termini: è concepibile in psichiatria la nozione di "terminalità"? La risposta più in uso è no: le patologie psichiatriche non sono intrinsecamente mortali. Al massimo può porsi il problema di come assistere un paziente terminale affetto da comorbidità psichiatrica. Proviamo però a porre il quesito come: è possibile immaginare una condizione psicopatologica dalla quale non c'è ritorno e nulla si può più fare per alleviare le sofferenze del paziente? Di anoressia si può ancora morire. Una risposta a questa domanda, che non si uniformi unicamente al pensiero *mainstream*, ad oggi non c'è ed è un altro esempio di come noi si debba orientare la ricerca a sostegno di decisioni beneficiali per il singolo individuo.

Concludo queste mie poche riflessioni ricordando un filone di ricerca assi promettente, quello delle terapie assistite con psichedelici (Schenberg, 2018; Langlitz,2024; Noah, 2025). Nonostante le limitazioni imposte alla ricerca dalla condizione giuridica di queste sostanze, le esperienze e la letteratura accumulate offrono ragioni di speranza. L'impiego di psichedelici nella cura sia della depressione difficile da trattare che del distress psicologico ed esistenziale delle cosiddette *life-threatening conditions* si rivolge tanto alla condizione patologica di fondo (depressione) quanto al vissuto soggettivo della persona prossima all' *end-of-life*. Specie in quest'ultimo caso il trattamento non sortisce alcun effetto terapeutico sulla patologia organica (neoplasie, patologie degenerative o esiti invalidanti) ma, talvolta, permette alla persona una rilettura del senso della sua sofferenza e del valore da attribuire comunque alla vita. La persona non sfugge al destino ma ne attende il compiersi avendo trovato ragioni per non chiedere a terzi di aiutarli nella dipartita.

Penso pertanto che ciò per cui gli psichiatri devono combattere sia la comprensione sempre più fine delle possibilità che l'uomo ha, sano o malato, di esprimere una valida capacità all'autodeterminazione delle scelte evitando di comprimere le libertà in nome di un'ideologia anodina. Sarà un percorso di conoscenza lungo e tortuoso ma arrendersi alle difficoltà, questo no, non è da noi.

Afferenza dell'autore

* *Direttore SC Psichiatra*
ASST Rhodense

Corrispondenza

MToscano@asst-rhodense.it

Bibliografia

1. De Girolamo G., Angelozzi A., Atti A.R., Barbui C., Bellani M., Bersani G., Biondi M., Brambilla P., Brocca R., Clerici M., Di Diodoro D., Ducci G., Durbano F., Fabbri C., Fagiolini A., Ghio L., Iannitelli A., Martini S., Monzani E., Nicolò G., Politi P., Preti A., Ridolfi M.E., Sambataro F., Saviotti F.M., Tondo L., Serretti A., Vita A., De Ronchi D. (2025). *Il suicidio assistito per pazienti con depressione grave. Un'opzione inaccettabile che gli psichiatri devono combattere fermamente*. Rivista di psichiatria; 60: 88-91
2. Magni S. (2026). *Bioetica*. Nuova edizione. Carocci editore.
3. Amatulli A. (2025) *La fine della vita e le persone con disturbo mentale: si può togliere la parola? Un racconto, tanti pensieri, poche certezze*. Psichiatria Oggi XXXVIII, 2
4. J. Van Os, D. Denys (2026). *Euthanasia for mental suffering in young people: a critical global perspective.* World Psychiatry; 25,1
5. Frankl V. (2020). *La sofferenza di una vita senza senso. Psicoterapia per l'uomo d'oggi.* Mursia. Prima edizione elettronica.
6. Ramos-Pozón S. (2025). *The role of the ethics expert in Spanish legislation on euthanasia and mental health.* Monash Bioethics Review; 43:82–96
7. Tzinman R. (2025). *Depression and Autonomy in Physician-Assisted Suicide*. The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine; 50, 285–294
8. Ekman Schenberg E. (2018). *Psychedelic-Assisted Psychotherapy: A Pradigm Shift in Psychiatric Research and Development*. Frontiers in Pharmacology; 9:733
9. Langlitz N.,K. Gearin A. (2024). *Psychedelic Therapy as Form of Life*. Neuroethics; 17:14
10. Noah N. T. Barr, Kayla J. Giese, Sam G. Moreton (2025). *A scoping review of the effects of serotonergic psychedelics on attitudes towards death.* Psychopharmacology; 242:1955–1976

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