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

Psichiatria forense

In materia di TSO: il paziente ha diritto alla difesa ma lo pschiatra non rappresenta l'accusa

di Acciavatti T., Cicolini A.^*

Quelle che seguono sono alcune riflessioni di due clinici sul recente pronunciamento della Corte Costituzionale in materia di TSO, riflessioni che speriamo possano contribuire ad alimentare il dibattito sul tema e a meglio circoscrivere il perimetro all'interno del quale tali tematiche si pongono. La sentenza della Corte Costituzionale numero 76 del maggio 2025 esplicita e rende normative nuove garanzie per la persona sottoposta a TSO ospedaliero, assicurandole in particolare l'audizione con il giudice tutelare e la notifica del provvedimento sindacale e di quello dello stesso giudice tutelare (sentenza Corte Costituzionale n. 76 del 2025). Tali garanzie nell'originaria formulazione dell'articolo 35 della legge 833/1978 non erano negate al paziente ma rimanevano sottaciute e legate alla discrezionalità dei singoli provvedimenti (Legge n. 833, 1978). Il richiamo normativo più forte su cui si radica tale modifica è rappresentato dall'articolo 13 della costituzione, articolo a tutela dell'inviolabilità della libertà personale. A tal proposito ci sembra importante sottolineare che il riferimento primario che avevano i Padri Costituenti nella stesura di tale articolo fosse rappresentato dalle restrizioni della libertà personale che si verificano in ambito penalistico. Ne è una riprova che in esso venga citata espressamente la carcerazione preventiva, disponendo, nel caso di un provvedimento restrittivo della libertà personale, la necessità della convalida da parte dell'autorità giudiziaria entro 48 ore dalla sua emissione, a pena di decadenza dello stesso. La legge Basaglia, ripetendo lo schema dell'art. 13 della Costituzione, nel 1978 richiedeva che la limitazione della libertà personale rappresentata da un TSO ospedaliero fosse convalidata entro lo stesso intervallo temporale da un giudice tutelare, creando un parallelismo manifesto tra la normativa penalistica e quella civilistica, propria del TSO. La sentenza 76/2025 si pone sullo stesso solco, rafforzando ulteriormente le garanzie giurisdizionali, procedurali e processuali, delle persone sottoposte a TSO ospedaliero. A testimonianza di ciò, a più riprese detta sentenza richiama la necessità della difesa e del contraddittorio da parte della persona oggetto del provvedimento. Ora sicuramente vi sono delle affinità tra le misure cautelari e i provvedimenti sanitari obbligatori, andando ad incidere entrambi sull'art. 13 della Costituzione. Nell'impeto dell'adempimento delle novità che la sentenza impone, ciò che rischia di rimanere non adeguatamente illuminato sono però le differenze tra le due tipologie di provvedimento, perdendo la possibilità di un'adeguata visione d'insieme.

Tale parallelismo, misure cautelari/TSO, appare, infatti, agli occhi dei clinici un parallelismo imperfetto e che necessita di importanti distinguo e questo non soltanto perché, come noto, nel TSO l'interesse non è rappresentato dalla tutela della collettività ma dalla salute della persona. Il rischio maggiore è, a nostro avviso, quello che si inneschi una dinamica distorcente, in base alla quale gli estensori del provvedimento di TSO si trovino a ricoprire il ruolo dell'accusa e il giudice tutelare a rappresentare una figura di medietà e terzietà tra le ragioni e gli interessi dell'accusa e quelli della difesa, in particolare in sede di udienza di convalida all'atto della valutazione dello stato psichico. Dinamica questa che effettivamente, in base all'esperienza personale degli autori e a quella riferita da altri colleghi, si è già a volte instaurata, rischiando di esasperare un contrasto tra medico (che accusa) e paziente (che si difende), contrasto che invece che acuirsi dovrebbe, nel corso del ricovero, tendere a smorzarsi e a riconciliarsi.

Ora queste ci sembrano le principali differenze macroscopiche tra il provvedimento di TSO e le misure cautelari di ambito penalistico:

1) L'arresto e la permanenza in carcere sono indubitabilmente condizioni socialmente indesiderate e che vanno a peggiorare la qualità della vita di chi subisce tale provvedimento, risultando una restrizione della libertà in un luogo "penoso" (non fosse altro perché vi si sconta una pena). Il ricovero ospedaliero al contrario non ha questa connotazione sociale negativa, essendo anzi in talune circostanze ricercato attivamente dai cittadini, i quali possono richiederlo in vista degli effetti benefici degli stessi. Evenienze di questo tipo possono avvenire nei più vari contesti ospedalieri e gli SPDC non fanno in questo senso eccezione. Abbastanza frequentemente, infatti, in sede di valutazione in Pronto Soccorso sono i pazienti stessi a chiedere attivamente il ricovero per gli effetti di protezione e sostegno alla persona che questo di per sé può determinare. A ulteriore riprova di ciò vi sono posti di degenza a pagamento, nelle varie strutture del SSN e anche nei reparti psichiatrici, in cui le persone pagano anche centinaia di euro al giorno per la degenza. Crediamo che nessuno si sognerebbe di fare richiesta di essere accolto in carcere e meno che mai di pagare per rimanervi. Se poi è vero che gli SPDC sono in genere spazi chiusi, i livelli di libertà personale al loro interno sono sicuramente diversi da quelli di una cella, in SPDC infatti si possono avere con sé dispositivi elettronici, si può comunicare con chi si vuole, si possono ricevere visite 2 volte al giorno, in alcuni frangenti è consentita la permanenza e l'assistenza da parte di un famigliare. È esperienza comune, infine, di come molti pazienti ricoverati inizialmente contro la propria volontà in SPDC e marcatamente ostili al ricovero, cambino radicalmente opinione nel corso dello stesso, ringraziando i sanitari per le cure ricevute e i benefici ottenuti, cancellando il conflitto iniziale tra le proprie opinioni e quelle dei sanitari e vivendone semmai uno nuovo di conflitto, quello tra le proprie opinioni vecchie (all'inizio del ricovero) e quelle nuove (al termine dello stesso). In maniera sintetica potremmo quindi concludere che l'SPDC NON È UN CARCERE.

2) In ambito penalistico è il pubblico ministero a sottoporre l'indagato a misure cautelari, svolgendo il ruolo dell'accusa. Egli è irriducibilmente contro l'indagato/imputato e questo in ragione del suo ruolo professionale di tutela delle possibili vittime e della collettività. Se il lavoro dei pubblici ministeri è quello di perseguire i reati, per cui non si danno PM senza arresti e senza misure cautelari, ciò non può certo dirsi per la professione dello psichiatra e tale ruolo dell'accusa si adatta molto male alla sua figura. Egli, infatti, è un medico la cui attività professionale è animata dal promuovere un beneficio alla persona, nella fattispecie nella diagnosi e nella cura delle malattie, e non certo di danneggiarla o perseguirla. Il suo lavoro non è "fare i TSO", senza i quali si troverebbe svuotato del suo compito professionale, anzi egli ha già molto altro da lavorare e sul piano personale farebbe volentieri a meno di trovarsi nelle situazioni, cariche di tensione e sofferenza, in cui i TSO si attivano. Se occasionalmente, suo malgrado, si trova costretto ad

attivare provvedimenti obbligatori/coattivi nei confronti dell'assistito che ha di fronte, questi provvedimenti non si discostano dall'indirizzo generale della sua attività che rimane lo stesso anche in tale frangente, cioè agire "a beneficio della persona" e non "contro la persona, a beneficio della collettività". Sintetizzando brutalmente dunque LO PSICHIATRA NON CI GUADAGNA NIENTE A FARE UN TSO.

3) Altro aspetto rilevante oltre al luogo (carcere vs ospedale) e alla finalità (cura e benessere vs interruzione di fatti criminosi) è il movente che ispira i due tipi di provvedimenti (quello di TSO e quello penalistico). Se in ambiente penalistico le misure cautelari sono poste in essere per ipotesi di reato tutte da dimostrare, cioè per presunti reati commessi dall'indagato, innescando in genere lunghi procedimenti nel corso dei quali sarà compito dell'accusa dimostrare la veridicità dei fatti contestati, risultando l'imputato innocente fino a quando e solo se non verrà dimostrato il contrario "al di là di ogni ragionevole dubbio", le cose stanno in maniera ben diversa in caso di un TSO. In tal caso, infatti, nei confronti della persona non viene ipotizzata la commissione di un crimine, ipotesi che dovrà trovare conferma futura in un più lungo e articolato processo, ma viene accertata, nell'attualità del momento, una condizione di scompenso psicopatologico acuto che richiede urgenti interventi terapeutici. Tale accertamento di malattia mentale in fase di scompenso non è poi compiuto da professionisti improvvisati e prestati alla causa, rischiando errori diagnostici grossolani su cui il giudice debba vigilare. Infatti, tra i medici che attivano il TSO, benchè non previsto dalla normativa, solitamente troviamo almeno uno psichiatra, cioè un rappresentante di quella categoria professionale in grado di esprimersi con il miglior grado di accuratezza riguardo le stesse malattie mentali. La nostra società attribuisce, infatti, agli psichiatri il ruolo di maggiori esperti delle malattie mentali, essendosi essi sottoposti ad una formazione universitaria complessiva non inferiore ai 10 anni e occupandosi quotidianamente di tali problematiche per mandato professionale. Ribadiamo quindi: da un lato ipotesi di reato, dall'altro certezza di malattia (nei limiti a cui a noi esseri umani sono concesse conoscenze certe). Se il ruolo di garanzia del giudice è evidente nelle misure cautelari, provvedimenti in cui si hanno limitazioni della libertà personale di individui, nonostante questi non abbiano subito alcuna condanna, tale ruolo di garanzia, quantomeno sul versante diagnostico-terapeutico, non appare così limpido nel caso dei TSO, provvedimenti nei quali ciò che doveva essere accertato è già stato accertato da chi era adeguatamente titolato per farlo. Sintetizzando IL PAZIENTE NON È UN IMPUTATO.

4) Collegata con il terzo punto vi è infine la questione della durata del TSO. Esso non solo viene attuato in un luogo che le persone non rifuggono, non solo è pensato a beneficio della persona, non solo è volto a trattare una malattia accertata per far star meglio la persona che ne è affetta, ma è anche un provvedimento molto breve. Sempre confrontando i TSO alle misure cautelari, infatti, i primi hanno una durata di una settimana e vengono rinnovati, quando necessario, di settimana in settimana, per archi temporali comunque che, nella pratica, non arrivano solitamente mai oltre le 3-4 settimane. Le misure cautelari, al contrario, si estendono spesso per periodi anche molto più lunghi (la durata massima in base all'art 303 del codice di procedura penale oscilla, a seconda dei casi, dai 3 mesi fino ai 6 anni). Il provvedimento del TSO, poi, della durata di 7 giorni, per rendersi pienamente operativo può richiederne fino a 4 di giorni. Dal momento o della proposta e convalida medica, il sindaco ha 48 ore per emanare l'ordinanza sindacale (primi 2 giorni) e vi sono poi altre 48 ore per far arrivare l'ordinanza al giudice tutelare, per adempiere all'udienza e per convalidare o non convalidare il provvedimento (ulteriori 2 giorni). Se consideriamo poi che la conferenza Stato-Regioni nel 2009 consigliava di avanzare eventuali proroghe non meno di 48 ore prima della scadenza (Conferenza Stato-Regioni, 2009), qualcosa con i numeri non torna (il giudice si deve

pronunziare sulla legittimità di un provvedimento, su cui lo psichiatra sta già valutando la proroga o la cessazione) e la montagna burocratica rischia di partorire il proverbiale topolino. Accennavamo che tale punto è collegato con il terzo e questo perché trattandosi di malattie in fase di acuzie, spesso bastano pochi giorni di trattamento per avere miglioramenti significativi del quadro clinico. Lo stesso giudice tutelare, dopo 4 giorni di permanenza in ospedale del paziente, può trovarsi innanzi una situazione già diversa da quella valutata inizialmente dai clinici. Sintetizzando LE TERAPIE SONO SPESSO RAPIDAMENTE EFFICACI.

Abbiamo in questo contributo provato a riassumere quelle che ci sembrano le specificità del TSO rispetto alle misure cautelari. Lo abbiamo fatto con un linguaggio clinico, sottolineando le peculiarità riguardo al luogo dove si attua, a chi sia il beneficiario del provvedimento, alla robustezza delle ragioni che lo sostengono e alla sua limitata durata. Riflettere su tali punti, di per sé quasi ovvi, permette di ricollocare il TSO nella cornice di atto medico a beneficio del paziente. Il TSO rappresenta infatti sul piano normativo un unicum, essendo l'unica forma di limitazione della libertà di una persona pensata a beneficio della stessa persona [1]. L'articolo 13 della Costituzione così recita: "La libertà personale è inviolabile". Bene, noi psichiatri sappiamo quanto spesso le malattie mentali violino la libertà delle persone, rendendole prigioniere del proprio disturbo. Come affermava Henry Ey la psicosi è "una patologia della libertà" (Ey, 1965). Quando noi attiviamo un TSO correttamente lo facciamo intervenendo su persone che hanno già subito una sottrazione fondamentale della propria libertà e della propria capacità di autodeterminazione. L'obiettivo che ci poniamo in fondo è proprio quello di aiutarle a riacquisire, anche attraverso le terapie assunte, sempre maggiori spazi di autentica libertà personale, liberando la soggettività della persona dai lacci della malattia. Il TSO, dunque, quando messo in atto da professionisti consci del proprio operato e consapevoli del tragico scacco che la malattia mentale rappresenta, può e dev'essere visto come un intervento teso in definitiva ad ampliare la libertà della persona e non a comprimerla. In questa prospettiva può trovare conciliazione quella divaricazione incolmabile tra gli articoli della Costituzione 13 (diritto alla libertà) e 32 (diritto alla salute) che il TSO in apparenza apre. Il TSO può essere infatti visto come un provvedimento mirato al recupero del diritto alla libertà della soggettività della persona, tramite l'esercizio del suo diritto alla salute. Senza questi punti fermi e senza una solida cultura psicopatologica, non può che determinarsi uno svilimento della nostra disciplina, facendo scivolare il nostro operato verso quello di occasionali "carcerieri". Ribadire con forza tutto ciò permette a noi psichiatri di riappropriarci del nostro ruolo terapeutico e di spostarci dal banco dell'accusa (che rischia facilmente di passare a quello dell'accusato) alla posizione del curante, anche laddove questa si faccia scomoda e si verifichi il (temporaneo) rifiuto delle cure da parte dei nostri pazienti.

Afferenza degli autori

* *Dirigente medico UOC Psichiatria, ASL Pescara*

° *Direttore Struttura Complessa Psichiatria Giudiziaria – REMS Castiglione delle Stiviere, ASST Mantova*

corrispondenza

tiziano.acciavatti@asl.pe.it

1. La sentenza 76/2025 richiama altri provvedimenti posti in essere contro la volontà della persona che ricadono al di fuori dell'ambito penalistico, in particolare l'accompagnamento alla frontiera o il trattenimento in centri d'accoglienza degli immigrati irregolari, ricordando come anche in tali casi sia prevista l'udienza con il giudice tutelare. La differenza con tali provvedimenti è che in caso di TSO non vi è stata alcuna norma ad essere violata e il fine non è quello di far rispettare il diritto vigente e le regole dello Stato.

BIBLIOGRAFIA

1. Corte Costituzionale, *Sent. 76/2025 illegittimità costituzionale parziale conseg. ex art. 27 legge n. 87/1953* (www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/2025/76)
2. Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "*Istituzione del servizio sanitario nazionale*" art. 35 (https://presidenza.governo.it/USRI/ufficio_studi/normativa/Legge%2023%20dicembre%201978,%20n.%20833.pdf)
3. Conferenza delle regioni e delle province autonome, *atto n. 09/038/CR/C7* (www.regioni.it/conferenze/2008/05/04/doc-approvato-salute-mentale-raccomandazioni-su-trattamenti-sanitari-obbligatori-104224/)
4. Ey, H.: *La structure des maladies mentales et la délimitation du champ de la psychiatrie*. Acta Psychiatrica Scandinavica (1965); 41: 472-477.

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