



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





Johnson & Johnson

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

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

Johnson&Johnson



SOMMARIO

Anno XXXIX • n. 1 • gennaio-giugno

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 Arosio (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

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., 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.,
Meliane 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 nei
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'Agoŕtino 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 psichiatra 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: Snöcklockan, Per Åkesson Hasselberg, 1885
© UFA66 - Own work, CC BY-SA 3.0

La salute mentale e i diritti della persona come variabile indipendente: prime considerazioni

di Amatulli A. *

RIASSUNTO

L'ambito della salute mentale comprende, in grandi faglie trasversali, diversi campi "umanistici", o meglio, dell'umano, che riguardano la vita e la salute mentale, i luoghi della cura e dell'assistenza, la psicopatologia e le sue ricadute nei comportamenti e nella considerazione sociale, bisogni di cura e istanze di controllo sociale, commissioni di reati (forse) legati con complessi collegamenti eziologici alla patologia mentale, aree del pregiudizio, dello stigma e del rifiuto, ansie e disperazioni personali. In tutto questo, la dimensione dei diritti individuali, quanto questi siano rispettati, quanto erosi, quanto non riconosciuti, quanto deliberatamente contrastati, può fungere da "detector" della condizione, ruolo e proiezione sociale delle persone con disturbo mentale; e spesso le possibili valutazioni restituiscono un orizzonte di diritti fondamentali indeboliti e pregiudizialmente considerati in modo non sufficiente. Nel momento in cui, però, si definisse una "regola d'ingaggio" comune, basata sulla considerazione dei diritti individuali come (unica) variabile indipendente, la dimensione individuale, la dignità delle persone, il rispetto, si affronterebbero automaticamente alla diminuzione di potere della istituzione, dello Stato, dei servizi di cura, rimettendo più in equilibrio la linea di partenza e i livelli di empowerment degli individui portatori di importante disagio psichico.

Il problema di fondo relativo ai diritti dell'uomo è oggi non tanto quello di giustificarli, quanto quello di proteggerli.
(Norberto Bobbio, *L'età dei diritti*, Einaudi, 2014)

Nel campo della psichiatria contemporanea permane una tensione continua tra cura, controllo e (senso di, richiesta di) sicurezza socia-

le, in maniera ancora più evidente dopo la chiusura degli OPG e nella gestione dei pazienti autori di reato. Se la cura implica una restituzione di potere alla persona, e il controllo, e soprattutto la custodia, comportano una sottrazione di potere a favore dell'istituzione, il limite invalicabile è rappresentato dal rispetto dei diritti fondamentali dell'individuo: dignità, libertà personale, autodeterminazione e partecipazione alle decisioni.

Già Freud aveva messo in guardia rispetto al rischio insito nella detenzione e nell'esercizio del potere: "*Difficilmente gli uomini non abusano del potere loro concesso*" (Freud, 1937). La relazione tra istituzioni e persone con disturbo mentale resta infatti caratterizzata da una forte asimmetria. Lo stigma stesso costituisce la rappresentazione più evidente della debolezza sociale e giuridica di tali soggetti (oppure viceversa...).

Anche la giurisprudenza recente si muove nella direzione di una maggiore tutela dei diritti delle persone portatrici di disagio psichico: La Corte Costituzionale, con la sentenza n. 76 del 2025, ha riaffermato l'obbligo fattuale dell'effettività del controllo giurisdizionale nei TSO, mentre, nel medesimo ambito, il Tribunale di Firenze, con ordinanza n. 9 del 2026, ha sollevato dubbi di legittimità costituzionale in relazione alla mancanza di una concreta difesa tecnica del paziente ricoverato contro la sua volontà.

La compressione dei diritti individuali può assumere forme quotidiane e sommerse: accertamenti sanitari ob-

bligatori impropri, trasmissione indebita di informazioni sanitarie ai diversi organi richiedenti, deleghe implicite alla sicurezza sociale, interpretazione troppo estensiva della norma sull'Amministratore di sostegno a discapito del soggetto amministrato e alla sua capacità (possibilità) di agire. Tuttavia, è soprattutto nell'ambito dell'esecuzione penale psichiatrica che la tensione tra cura e custodia diviene più evidente.

La L. 81/2014 ha introdotto il principio dell'uguaglianza tra pazienti autori di reato e non, fondando gli interventi su territorialità, programmi individualizzati e residualità delle misure più limitative della libertà personale. Rimangono tuttavia conflitti rilevanti tra esigenze terapeutiche, sostenibilità organizzativa dei DSM e richieste di sicurezza sociale.

In questo scenario, fatto di tensioni, contraddizioni e aspetti di arbitrarietà, si propone quindi un sistema "etico-giuridico-clinico", una rilettura di processi, strutture, organizzazioni che si fondi su un presupposto radicale: i diritti individuali della persona costituiscono il punto di partenza non negoziabile, la variabile indipendente rispetto alla molteplicità di azioni e interventi nel campo della salute mentale.

I principali riferimenti normativi e convenzionali relativamente alla salvaguardia e al fondamento giuridico dei diritti fondamentali dei pazienti psichiatrici si trovano, con sintesi estrema, ne: gli articoli 2, 3, 13, 27 e 32 della Costituzione, la Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo, la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità e la Legge 219/2017.

Considerare i diritti come variabile indipendente significa sottrarre la salute mentale alla sola logica della gestione del rischio e dell'efficienza organizzativa. La persona non è il terminale del sistema di cure, ma il suo fondamento. Il consenso alle cure rappresenta quindi la ragione giuridica della liceità del trattamento sanitario e insieme il suo limite.

I diritti fondamentali non derivano dalla diagnosi, dalla capacità di agire o dalla pericolosità presunta, ma precedono tali condizioni e ne orientano l'interpretazione. Ne consegue che libertà personale, dignità, autodeterminazione, riservatezza e partecipazione informata devono costituire vincoli strutturali dell'intervento clinico.

Questo approccio implica anche una trasformazione del ruolo dello psichiatra, chiamato non solo a perseguire finalità terapeutiche, ma anche a tutelare attivamente i diritti della persona assistita. Parallelamente, il sistema dei servizi deve essere progettato "a partire dai diritti": spazi, modalità di ricovero, gestione delle crisi, trattamenti farmacologici e contenzioni possono essere giustificati solo se compatibili con un nucleo essenziale di diritti fondamentali.

Quando si affrontano i disturbi mentali gravi, la tensione tra autodeterminazione e tutela diventa inevitabile e pressoché immanente. Tuttavia, assumere i diritti come fondamento del sistema modifica radicalmente la prospettiva: non ci si chiede più "quanto si può comprimere la libertà", ma "quali diritti devono comunque essere garantiti anche nelle situazioni di limitazione". Tre criteri risultano centrali.

Il primo è la distinzione tra incapacità globale e incapacità situazionale. Nei disturbi mentali gravi la compromissione della capacità decisionale è spesso parziale, specifica e temporanea; di conseguenza, la restrizione deve essere calibrata e proporzionata, senza determinare una sospensione complessiva della soggettività giuridica.

Il secondo criterio è quello della proporzionalità. Le esigenze di cura e di risposta alle aspettative sociali devono essere concrete, attuali e affrontate con il mezzo meno restrittivo possibile. Misure coercitive come TSO, contenzione o limitazioni ambientali rappresentano eccezioni che richiedono motivazioni rigorose e verifiche continue.

Il terzo criterio è quello della dignità personale, che non costituisce un diritto residuale, ma una matrice interpretativa dell'intero sistema. Anche quando la libertà è temporaneamente limitata, la persona non può essere ridotta a oggetto di gestione: deve essere informata, coinvolta e riconosciuta nella propria soggettività.

In questo contesto assumono particolare rilievo i cosiddetti “diritti attivi”, definiti da Grisso e Appelbaum come *participatory rights* (Grisso, 1995), dove il soggetto è agente e persona morale, che comprende e agisce, portatore di *decision-making capacity*: diritto all’informazione, all’autodeterminazione, alla partecipazione e ai percorsi di cittadinanza. Se i diritti “passivi” proteggono il soggetto da abusi e limitazioni arbitrarie, i diritti “attivi” comportano invece una cessione di potere da parte dell’istituzione.

Il rapporto tra etica, diritto e pluralismo sociale rende inevitabili tensioni e conflitti di valori. Il Comitato Nazionale per la Bioetica ha ricordato come, nelle società democratiche, diritto ed etica non coincidano sempre e richiedano continui bilanciamenti (CNB, 2019). In termini analoghi, Max Weber parlava del “politeismo dei valori” delle società democratiche contemporanee (dove, talvolta, si devono effettuare delle scelte “tragiche”: *“I diversi ordinamenti di valori del mondo si trovano tra loro in una lotta inconciliabile”*) (Weber, 1917), ossia della coesistenza conflittuale di differenti sistemi morali.

All’interno di questa complessità, i principi di uguaglianza e giustizia rappresentano l’ossatura del sistema dei diritti. La riflessione di Rawls conserva quindi piena attualità: una società giusta deve costruire istituzioni capaci di tutelare soprattutto i soggetti più vulnerabili (Rawls, 1982).

Anche il tema dell’integrazione sociale richiede cautela critica. Se integrazione significa normalizzazione, la psichiatria rischia di trasformarsi in uno strumento conformativo; se invece significa accesso paritario ai contesti di vita - abitare, lavorare, relazionarsi, al fine vivere; e anche morire aggiungeremmo, in modo dignitoso - allora essa diventa un’estensione della cittadinanza.

N.C. Ware ha definito la cittadinanza delle persone con disturbo mentale come possibilità concreta di *connectedness*, cioè di relazioni reciproche, riconoscimento sociale e partecipazione democratica (Ware, 2007). Il problema non è dunque rendere “normale” la persona, ma rendere la società capace di includere differenti forme di soggettività.

In questa prospettiva, il concetto di inclusione non può essere limitato all’accesso formale ai servizi o alla semplice assenza di istituzionalizzazione. Una persona può vivere fuori da un’istituzione totale e rimanere tuttavia esclusa dal tessuto sociale, priva di relazioni significative, di riconoscimento pubblico e di reale possibilità di esercitare cittadinanza. La deistituzionalizzazione, da sola, non coincide automaticamente con l’inclusione.

Per questa ragione, i servizi di salute mentale dovrebbero essere valutati non soltanto sulla base degli esiti clinici o della riduzione dei sintomi, ma anche sulla capacità di favorire appartenenza sociale, accesso ai diritti, possibilità di scelta e partecipazione alla vita collettiva. La qualità della cura non si misura esclusivamente nella stabilizzazione psicopatologica, ma anche nella possibilità concreta di ampliare gli spazi di libertà, di relazione e di autodeterminazione della persona.

La questione assume particolare rilevanza nelle moderne forme di stigma. Oggi lo stigma non coincide più soltanto con l’esclusione manicomiale o con l’emarginazione esplicita, ma assume spesso forme più sottili: infantilizzazione, iperprotezione, delegittimazione della capacità decisionale, riduzione dell’identità della persona alla diagnosi, aspettative sociali abbassate. In molti casi il soggetto con disturbo mentale viene percepito come permanentemente fragile, potenzialmente pericoloso o inevitabilmente incapace di autodeterminarsi.

Queste dinamiche rischiano di produrre effetti regressivi anche all’interno dei servizi di cura, alimentando modelli paternalistici nei quali l’istituzione tende a sostituirsi progressivamente alla persona. La tutela si trasforma allora in controllo, la protezione in limitazione, la presa in carico in dipendenza istituzionale.

Assumere i diritti come variabile indipendente consente, quindi, di introdurre un correttivo strutturale a tali derive. Il criterio fondamentale non diventa più la massima riduzione del rischio o la completa conformità comportamentale, ma la ricerca del massimo livello possibile di autonomia compatibile con la condizione

clinica concreta della persona. Anche il rischio, in questa prospettiva, non può essere pensato come eliminabile integralmente, poiché una società democratica tollera inevitabilmente margini di incertezza e di vulnerabilità.

Ciò comporta un cambiamento culturale rilevante anche per gli operatori della salute mentale. La competenza professionale non consiste soltanto nella capacità di diagnosi e trattamento, ma anche nella possibilità di sostenere processi di empowerment, evitando che la relazione terapeutica si trasformi in una relazione di dipendenza o di dominio. Lo psichiatra, l'équipe curante e l'istituzione sono quindi chiamati a esercitare un potere sempre più controllato, motivato e limitato.

In questo quadro, la nozione stessa di sicurezza richiede una ridefinizione. La sicurezza non può essere interpretata esclusivamente come neutralizzazione del comportamento problematico o prevenzione assoluta del rischio, ma deve includere anche la tutela dei diritti, della dignità e della qualità della vita della persona assistita. Una sicurezza ottenuta al prezzo della cancellazione della soggettività rischia infatti di diventare incompatibile con i principi costituzionali che fondano il sistema democratico.

Alla luce di quanto finora detto, particolarmente delicato è il tema del fine vita e dell'aiuto al suicidio nelle persone con grave disturbo mentale. Pur non essendo oggi ammesso nel nostro ordinamento, il dibattito pone interrogativi radicali sul rapporto tra autodeterminazione, sofferenza psichica e limiti dell'intervento psichiatrico. Negare in modo assoluto la possibilità stessa della discussione rischia di collocare la persona in una posizione paradossale: considerata incapace di scegliere per definizione, ma contemporaneamente destinataria di pretese onnipotenti di cura (Amatulli, 2025).

Da tutto ciò deriva una ridefinizione della responsabilità professionale dello psichiatra. Ogni decisione restrittiva deve essere argomentata non solo sul piano clinico, ma anche su quello etico e giuridico. La competenza professionale non coincide più con l'esercizio del potere, bensì con la capacità di proteggere i diritti della

persona anche nelle condizioni di maggiore vulnerabilità.

In questa prospettiva, la posizione di garanzia assume un significato più ampio, (anche) di vera garanzia a favore dei beni giuridici e "moralì" del paziente, e tra questi ultimi il rispetto della sua autonomia, della sua storia, dei suoi desideri, della sua visione del mondo.

Verso la chiusura di questi brevi cenni, i differenti ambiti tematici sui quali il sistema fino a ora tratteggiato va (dovrebbe andare) alla fine a dispiegarsi, in grande sintesi possono essere individuati in: l'area della autonomia, del consenso e della autodeterminazione (Appelbaum, 2007); l'area penale, nel giudizio e nella esecuzione come nei suoi percorsi e nei suoi luoghi; la diagnosi e le sue reificazioni, fino allo stigma; gli interventi farmacologici; la fragilità e la gestione del potere nelle diverse forme; le modalità di gestione del rischio; l'accesso alle cure; il fine vita.

In conclusione, nell'ambito della salute mentale non si tratta di scegliere tra diritti individuali e ordine sociale, ma di costruire un equilibrio nel quale la convivenza democratica si sviluppi entro i limiti posti dai diritti fondamentali (anche di cura) della persona. È un equilibrio complesso e instabile, che richiede competenza, vigilanza e capacità riflessiva, ma rappresenta l'unico modello compatibile con una salute mentale autenticamente fondata sulla dignità umana.

"Noi ci siamo decisamente rifiutati di fare del malato che si mette nelle nostre mani in cerca di aiuto una nostra proprietà privata" (Sigmund Freud, Congresso internazionale di psicoanalisi, Budapest, 1918).

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Direttore DSMD ASST Brianza*

CORRISPONDENZA

antonio.amatulli@asst-brianza.it

BIBLIOGRAFIA

1. Freud S., (1937), *Analisi terminabile e interminabile*. In Opere, vol. 11, Bollati Boringhieri, Torino, 1979
5. Grisso T., Appelbaum P.S., *Comparison of standards for assessing patients' capacities to make treatment decisions*. American Journal of Psychiatry 1995;152(7):1033-1037
6. Comitato Nazionale di Bioetica, *Riflessioni bioetiche sul suicidio assistito*. Parere, 2019
7. Weber M., *La scienza come professione*, in: Il lavoro intellettuale come professione, Torino, Einaudi, 1965 (orig. 1917)
8. Rawls J., *Una teoria della giustizia*. Milano, Feltrinelli, 1982
9. Ware N.C., Hopper K., Tugenberg T., Dickey B., Fisher D., *Connectedness and citizenship: redefining social integration*. Psychiatric Services, 2007;58(4)
10. Amatulli A., *La fine della vita e le persone con disturbo mentale: si può togliere la parola? Un racconto, tanti pensieri, poche certezze*. Psichiatria Oggi, Vol. 2, 2025
11. Appelbaum P.S., *Assessment of patients' competence to consent to treatment*. New England Journal of Medicine, 2007;357(18)

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