



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

Anno XXVIII • n. 2 • luglio-dicembre

IN PRIMO PIANO

3 Due paranoie contemporanee
di Giannelli A.

7 Programma della Società
Italiana di Psichiatria per gli
anni 2015-2018
di Mencacci C.

SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

16 L'ADHD nell'adulto
*Misdiagnosi e incidenza della
patologia nei servizi*
*di Migliarese G., Venturi V., Cerveri G.,
Mencacci C.*

26 Terapia della depressione nei
pazienti anziani
di Zarattini F.

49 L'efficacia del trattamento
psicologico in un campione
di soggetti di età compresa
tra i 14 e i 24 anni afferenti
ad un'UOC di Psicologia
Clinica di un DSM:
uno studio pilota
*di Bellotti M., Palmisano G.L.,
Galbiati C., Valentini T., De Isabella G.*

39 Auto-aiuto: un percorso
di salute mentale
*Esiti quantitativi e qualitativi
di un gruppo sperimentale in
un centro Diurno per persone
con disagio psicosociale*
*di Midili G., Frediani G.P.,
Monti P., Cerveri G., Mencacci C.*

56 La Psichiatria sociale in Italia:
l'XI Congresso della Società
Italiana di Psichiatria Sociale
"Salute mentale in Tempi di
Crisi"
Luciano M., Fiorillo A.

PSICHIATRIA FORENSE

61 Lo psichiatra e le linee guida
di Mantovani R.

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

Fondata e Diretta da:
Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:
Massimo Rabboni (*Bergamo*)
Massimo Clerici (*Monza*)

Comitato Scientifico:
Claudio Mencacci (*Milano, MI*)
Gianluigi Tomaselli (*Treviglio, BG*)
Giorgio Cerati (*Legnano*)
Emilio Sacchetti (*Brescia*)
Silvio Scarone (*Milano*)
Gian Carlo Cerveri (*Milano*)
Arcadio Erlicher (*Milano*)
Simone Vender (*Varese*)
Antonio Vita (*Brescia*)
Giuseppe Biffi (*Milano*)
Mario Ballantini (*Sondrio*)
Franco Spinogatti (*Cremona*)
Costanzo Gala (*Milano*)
Gabiella Ba (*Milano*)
Cinzia Bressi (*Milano*)
Claudio Certi (*Como*)
Giuseppe De Paoli (*Pavia*)
Nicola Poloni (*Varese*)
Antonio Magnani (*Castiglione delle Stiviere, MN*)
Gianluigi Nobili (*Desenzano, BS*)
Andrea Materzanini (*Iseo, BS*)
Alessandro Grecchi (*Varese*)
Francesco Bartoli (*Monza*)
Lucia Volonteri (*Milano*)
Antonino Calogero (*Castiglione delle Stiviere, MN*)

Segreteria di Direzione:
Giancarlo Cerveri

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 COPERTINA: *Mademoiselle Pogany II*
Constantin Brancusi, 1920
Charlotte A. Watson Fund

Due paranoie contemporanee

Alberto Giannelli

Da quella straordinaria fucina di idee che è stata la rivoluzione francese nasce il gesto di Pinel che libera i folli dalle catene, prima a Bicêtre e poi alla Salpêtrière. Nel 1800 pubblica il *Trattato medico-filosofico*, da alcuni considerata l'opera che inaugura la psichiatria moderna, dando inizio al *trattamento morale* dentro i manicomi, ma a lui viene anche attribuita l'invenzione della camicia di forza. Per dovere di cronaca va ricordato che Chiarugi a Firenze anticipa, sia pure di poco, l'umanizzazione del trattamento dei malati. Altrettanto hanno fatto Tuke a New York e Connolly a Londra.

Sull'Europa cristiana (cattolica e luterana) calano, a partire dai primi anni trenta del secolo scorso, le tenebre del nazional-socialismo: *Hitler* arriva al potere assoluto il 30 gennaio 1933. Da allora fino alla soluzione finale, messa a punto nella conferenza di Wannsee del 1942, sei milioni di ebrei e cinquecentomila scinti, rom, *malati di mente*, omosessuali, cattolici del Zentrum, evangelici e comunisti vengono sterminati nei lager. *La strategia*

delirante (paranoica), già anticipata in *Mein Kampf*, mira con spietata lucidità e crudele coerenza a liberare l'umanità da esseri inferiori indegni di vivere, comunque vissuti come nemici del III Reich. La *psichiatria* si mostra *subalterna* a quella ideologia delirante e al potere che ne è derivato. Alcune volte, addirittura intenzionalmente partecipa, altre anticipatrice. Ci sono al riguardo autorevoli testimonianze di psichiatri tedeschi contemporanei. Va però ricordato il *putsch* del 1938, quando un gruppo di psichiatri appoggiato da ufficiali della Wehrmacht tenta di fare internare il Führer come malato di mente.

A contendere a Hitler il primato dei crimini contro l'umanità è *Stalin* (questo è il soprannome, da lui stesso scelto, che vuol dire *uomo di acciaio* - il suo vero nome

è per noi impronunciabile: Iosif Vissarionovic Dzugasvili), che raggiunge il potere assoluto nella seconda metà degli anni venti e per il quale la diagnosi di *grave paranoia* è fuori discussione: tra l'altro, fatta dopo un colloquio privato con lui da una celebrità del tempo, il dr. Bekhterev, che poche ore



Pinel libera i malati nell'ospedale della Salpêtrière nel 1795

dopo averla pronunciata perde (misteriosamente) la vita in un albergo di Mosca. Il gulag di Stalin precede di qualche anno il lager di Hitler, la grave carestia in Ucraina dei primi anni trenta, voluta dal dittatore, è paragonabile, con i suoi oltre cinque milioni di morti, *metà dei quali bambini*, al genocidio degli ebrei. Per dovere storico, va però detto che i primi ghetti sorgono a Venezia nel 1515, che a Strasburgo vengono in un solo giorno del 1343 mandati al rogo duemila ebrei e che nei primi anni del novecento a Vienna si insozzano le vetrine dei negozi invitando a non comprare dagli ebrei (*Kauft nicht bei den Juden!*): il giovane Hitler certamente le vede e non le dimentica (Luigi Zoja: *Paranoia*, Bollati Boringhieri, Torino, 2011). Ma, come si è appena visto, il connubio tra paranoia e politica nasce prima, almeno nel XIV secolo, dunque alcuni secoli prima di lui e del suo regime, tanto folle quanto lucido e spietato.

La paranoia, da individuale diventata rapidamente collettiva, ha fatto la storia del novecento, e non solo della sua prima metà. È stato giustamente sottolineato da Zoja che *la follia ha sterminato più masse umane delle epidemie di peste.* Ma contro di essa la psichiatria non ha potuto (saputo) fare alcunché, anzi spesso ha *colluso* con le folli ideologie dominanti. Va anche segnalato che alcune delle terapie di shock, sempre negli anni trenta del secolo scorso, sono nate in paesi satelliti del III Reich (per la verità, a quell'epoca la psichiatria era sprovvista di altri mezzi terapeutici, eccezion fatta per la malarioterapia).

Altri popoli sono stati e sono vittime della paranoia, malattia altamente contagiosa, in epoche diverse: Centro- Sud America, Nigeria, Nord-Corea, Cambogia, Irak, Libia etc. Anche altri a noi più vicini, ad esempio quelli balcanici (lo *psichiatra* Radovan Karadzic è at-

tualmente sotto processo all'Aja per crimini di guerra e genocidio commessi nella ex Jugoslavia negli anni novanta). Nella Russia di Putin, del tutto recentemente, dissidenti politici sono stati internati in Ospedale Psichiatrico. La *psichiatria italiana*, sia pure in forma attenuata, ha colluso anch'essa con la dittatura, quella fascista: il caso di Benito Albino, figlio illegittimo di Mussolini, e di sua madre, Ida Dalser, entrambi internati in manicomio, ne è un esempio significativo. Mi sono già occupato di questo e altri problemi in *L'attualità della paranoia*, www.psichiatriaoggi.it, 2012. Ma da noi, e da molto tempo ormai, *la psichiatria non è subalterna al potere politico*, né, al di là di tutto, corre questo rischio in quanto tale potere muta continuamente: *in circa 70 anni di repubblica abbiamo avuto 66 esecutivi, cioè 66 crisi di governo.*

Ma la paranoia o, se si preferisce, *la follia continua a fare la storia*, a partire dagli albori del nuovo millennio. Ma oggi con una caratteristica ben precisa, quella di stampo religioso, non per questo meno truce, anzi, se possibile, peggiore di quella del secolo scorso. È dispersa nel tempo e nello spazio, mossa dal carisma non di questo o quel personaggio ma di più personaggi spesso non facili da individuare, ha assunto una sua globalità tramite l'uso raffinato dei mezzi informatici, si configura nella imprevedibilità degli attacchi che irrompono anche sulla quotidianità della gente comune, si avvale di enormi quantità di denaro, di armi e di uomini reclutati anche negli stessi paesi dove intende colpire. Infatti, coloro che ne sono contagiati vendono direttamente petrolio estratto dai pozzi sequestrati, incassano soldi dai rapimenti con richieste di riscatto, dai beni confiscati e dalle tasse imposte alle popolazioni locali, dal supporto finanziario dei paesi alleati del golfo persico, dal saccheggio di banche nelle città irachene conquistate. Il loro ambizioso obiettivo

finale è quello di costruire un impero islamico i cui confini vengano tracciati dai combattenti musulmani anziché dai politici di quel mondo, quello occidentale, che vogliono sottomettere al loro potere in primis religioso, ma anche politico e militare.

A differenza di quella che ha fatto la storia del secolo passato, *la follia che oggi imperversa sull'occidente è già di per sé collettiva*, non nasce individuale per farsi poi, appunto, collettiva. *Nasce e agisce in nome di Dio, da subito*. Non è il Dio di Abramo, Isacco e Giacobbe, ma è Allah, che ha parlato per mezzo del suo profeta, Maometto. Sembra che i terroristi dimentichino o molti di loro nemmeno sappiano che anche quello islamico è un monoteismo abramitico. Proclamando che Allah è grande, uccidono, violentano, umiliano uomini, donne, vecchi, bambini (spesso deprivati della loro infanzia innocente: addestrati all'uso delle armi o addirittura imbottiti di tritolo perché esplodano nei giorni di mercato, in mezzo alla gente). Posseduti dalla cieca, delirante convinzione che sia il loro Dio a volere tutto questo, non esitano a portare la morte anche dei loro stessi correligionari, che chiamano infedeli, e sono la stragrande maggioranza del mondo islamico. E, a differenza dei persecutori del secolo scorso che uccidevano badando però a salvarsi la vita, sono pronti a sacrificare la propria in una sorta di radiosa e aberrante esultanza. Questi persecutori del nuovo millennio rappresentano il più barbaro e crudele dei movimenti jihadisti e trovano nelle frustrazioni e nella rabbia delle periferie di molte città europee un fertile terreno di proselitismo. La mancata risposta unitaria dell'Europa, già a partire da come gestire il fenomeno della migrazione, l'assenza di una sua comune strategia politica e militare e la sua incapacità a tessere un serato dialogo culturale e inter-religioso testimoniano della sua impotenza di fronte a un fenomeno che sta

assumendo proporzioni sempre più preoccupanti. Né le due grandi potenze a livello mondiale riescono a parlare con una sola voce e a direzionarsi verso un unico traguardo.

Che tale fenomeno sia una paranoia dilagante e (almeno per ora) incontrollabile non c'è dubbio, e noi, in quanto psichiatri oltre che cittadini, ci rendiamo ben conto della impossibilità a fronteggiarla. La stessa impotenza che la psichiatria di ieri e quella di oggi mostrano nei confronti di quella individuale. Nei riguardi di quest'ultima né il progresso psicofarmacologico né quello delle neuroscienze ci mette in condizioni di mettere in atto efficaci presidi di prevenzione e di cura. La paranoia, sul piano del lessico psicopatologico, è da anni sostituita dai disturbi deliranti cronici, una terminologia, questa, meno incisiva e stringente, anche tenendo conto che paranoia ha un etimo greco che significa *al di là della mente*. Nessuno dei quadri che la psichiatria clinica conosce ha la stessa virulenza della paranoia, l'unica vera malattia capace di contagiare interi gruppi sociali o addirittura uno o più paesi come anche le esperienze vissute nel novecento ci insegnano, fino a incarnare catastrofi etnocide o razziste. *Il suo passaggio da individuale*, magari mascherata da un'accorta condotta socialmente accettabile, a volte ineccepibile, *a collettiva*, dipende da una serie di fattori sui quali mi sono soffermato nell'articolo precedentemente citato. Qui voglio solo sottolineare come nella paranoia, spontanea o indotta, naturale o sovrannaturale che sia, *il delirio si pone a priori come verità che non ha bisogno né di essere dimostrata né di essere creduta o condivisa*. Per i terroristi del nuovo millennio la verità discende direttamente da Allah, essi non si pongono il problema di altre verità e di altre divinità possibili. Il delirio va al di là dei suoi contenuti religiosi o mistici, è cosmico, irreversibile,

definitivo. Se Hannah Arendt fosse presente a questa tragica vicenda che stiamo vivendo, esclamerebbe ancora: “Sua Maestà la follia, la grande tiranna del nostro tempo!” (Arendt H., *Le origini del totalitarismo*. Einaudi, Torino, 2004).

A questa paranoia se ne contrappone un'altra, quella di coloro che, professando o dicendo di professare altre fedi, sono determinati a combattere la prima respingendo indistintamente tutti i migranti, chiudendo le frontiere e demonizzando le moschee quali luoghi di indottrinamento e di propaganda antioccidentale. Eppure, tre pontefici romani, quello oggi regnante e i suoi due predecessori, sono entrati nelle moschee, aperti al dialogo interreligioso, rispettosi della vita umana a prescindere dalla fede professata o dal colore della pelle, disponibili all'accoglienza secondo il messaggio evangelico “ero straniero e mi avete accolto”. Molti terroristi non hanno mai letto il Corano, così come molti cristiani non conoscono il Vangelo. Il diverso fa paura, ha sempre fatto paura. E per alienarla da sé, si movimentano meccanismi proiettivi per i quali la propria aggressiva avversione si trasferisce su chi fugge dalle guerre e dalla povertà, vedendo in lui quasi automaticamente un pericolo per la propria incolumità, un usurpatore di posti di lavoro, un'altra bocca da sfamare a proprie spese. Certo, il rischio di importare manovalanza per i terroristi o fornire loro nuovi adepti c'è, e lo deve tenere presente una *intelligence* attenta e capillare. Ma altrettanto certo è che spesso i media (la stampa, i talkshow televisivi, i messaggi che circolano in rete ecc.) sono tali, per la loro modalità espressiva, semplificatrice e provocatoria, da aggiungere al male altro male, non rinunciando a una meschina strumentalizzazione più elettorale che politica a medio-lungo raggio. Nel cuore dell'Europa, cattolica e protestante, si è annidato ed è cresciuto il

germe dell'ospitalità per gli ebrei nel secolo scorso e non possiamo escludere che uno degli obiettivi dei jihadisti sia quello di rinnovare detta inospitalità. Così facendo, i tre monoteismi abramitici entrerebbero in un conflitto tra loro dalle conseguenze inimmaginabili. La paranoia, uscendo dal novero delle malattie mentali, diventerebbe una realtà capace di annientare questo nostro mondo e gli uomini che lo abitano.

Dobbiamo creare un'alternativa alla possibilità di un tale sfacelo. Non si tratta soltanto di optare per questa o quella strategia militare o diplomatica, che da sole, anche se momentaneamente vincenti, non risolverebbero il problema della convivenza tra i popoli. È qui che il sapere psicopatologico, preliminare a qualsiasi psichiatria, alleandosi a quello antropologico, storico-filosofico e pedagogico e facendo leva su movimenti islamici riformisti sempre più attivi, potrebbe portare un contributo importante a far crescere individui educati al rispetto delle diversità e alla ricerca di quello che ci unisce come uomini. La fede in Dio, che è uno solo, non può farne un Ente selvaggio che distrugge tutto quello che Lui stesso ha creato, una sorta di demone, assoluto nella sua intransigenza.

IN PRIMO PIANO

Cari colleghi Lombardi è con grande piacere che rispondo all'invito di pubblicare su questo numero della rivista *Psichiatria Oggi* il programma che è stato proposto al 47° Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria tenutosi a Taormina Giardini di Naxos 11-15 Ottobre 2015. L'obiettivo del Direttivo e mio personale in qualità di Presidente della Società è di rendere la SIP la casa di tutti gli psichiatri. Visibile e riconoscibile, un punto di riferimento nelle questioni tecnico scientifiche ma anche un luogo dove poter ritrovare le specificità uniche della nostra professione. Come vedrete il programma è ambizioso, in questi tre anni ci impegneremo tutti per affrontare con sempre maggiore intensità le sfide che ci vengono poste.

Colgo l'occasione per salutarvi ed invitarvi a partecipare con grande attenzione e passione alla vita della nostra Società che quest'anno giunge al suo 83° anno di vita, ha un sito aggiornato (www.psichiatria.it) ed è ricchissima di attività e proposte.

Dr Claudio Mencacci

Presidente SIP

Programma della Società Italiana di Psichiatria per gli anni 2015-2018

A cura del Dr Claudio Mencacci

Presidente Società Italiana di Psichiatria

PREMESSA

“Non c'è salute senza salute mentale, così come non c'è salute mentale senza salute fisica”. Questo l'assunto che nel documento è svolto e articolato in una serie di punti che toccano l'attualità viva: dalla crisi economica con la conseguente trasformazione dei sistemi, al problema dei pazienti autori di reato e della legislazione in materia; dai DSM che devono rinnovarsi in una logica di integrazione, alla necessità di proporre una progettualità reale alle politiche nazionali e regionali. Il positivo contributo culturale e sociale che la SIP oggi può portare al paese si collega con la sua natura di società scientifica che accoglie la sfida del tempo e sa quindi cambiare, restando fedele alla passione per la clinica, la formazione e la ricerca nel campo della psichiatria, che se da un lato si spalanca alle neuroscienze, dall'altro si radica nello studio della psicopatologia e nello sviluppo della relazione di cura con le persone.”

Il *Programma della Società Italiana di Psichiatria per gli anni 2012-2015* partiva da questa introduzione e proseguiva così: “secondo una stima del 2010, circa il 38% della popolazione europea soffre nel corso della vita di un qualche disturbo psichico. Le previsioni dell'OMS per quanto riguarda la disabilità ed il suicidio indicano inoltre con forza come nel 2020 i disturbi psichiatrici maggiori avranno un ruolo causale di prima linea anche per quanto riguarda questi due importantissimi ambiti. Considerazioni qualitative e quantitative rendono dunque conto del fatto che i disturbi mentali costituiranno una delle sfide più ardue da affrontare nel 21° secolo. Ciò appare ancor più valido oggi, sotto la scure della crisi economica e della conseguente riduzione di risorse e di servizi.”

IN PRIMO PIANO

Il programma trattava poi una serie di temi, tuttora di grande attualità, cui si rimanda:

- La crisi economico-sociale e la trasformazione dei sistemi
- Psichiatria, superamento dell'OPG e pazienti autori di reato
- Evoluzione del Dipartimento di Salute Mentale: tra integrazione e innovazione
- Politica culturale, lotta allo stigma e rapporto con i mass-media
- La formazione e la ricerca
- Attualizzare un progetto
- La SIP come società scientifica

Il programma SIP 2012-2015 è un documento tutt'ora valido per quanto riguarda le linee di indirizzo e i principi di riferimento. Necessita una attualizzazione rispetto a punti specifici alla luce dei cambiamenti di scenario avvenuti negli ultimi anni e delle sfide da affrontare nel prossimo futuro.

Nel corso dell'ultimo triennio, tra l'altro, sono state approvate alcune normative e linee di indirizzo che riguardano direttamente la nostra specialità e soprattutto che possono avere decisiva influenza sia nel concepire che nel fare psichiatria e salute mentale nei prossimi anni. I temi riguardano il Piano d'azioni nazionale salute mentale (PANSM), i Percorsi di cura, l'introduzione del nuovo modello di gestione dei pazienti psichiatrici autori di reato. Ulteriore motivo per farne cenno è il ruolo importante che diversi esponenti SIP, anche in collaborazione con colleghi SINPIA, hanno svolto nell'elaborazione di questi atti o con interventi correttivi nell'ambito delle sedi istituzionali: il Gruppo interregionale salute mentale (GISM), la Conferenza Unificata Stato Regioni (CU), il Ministero della Salute, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS).

In sintesi:

- Il PANSM (approvato in C.U. gen. 2013), proposto da GISM e Min. Salute, delinea precisamente aree di bisogno, metodi e obiettivi prioritari da attuare in tutte le regioni (da sottolineare che di massima corrispondono ai temi indicati dalla nostra Società scientifica).
- Lo sviluppo del lavoro ha prodotto tre documenti specifici, predisposti da GISM-AGENAS: *Le Strutture Residenziali Psichiatriche* (C.U. ott. 2013); *Definizione dei Percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore, i disturbi gravi di personalità* (C.U. nov. 2014); *Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza* (C.U. nov. 2014).
- Dall'1 aprile 2015 gli OPG sono chiusi, in alcune Regioni salute mentale senza salute fisica sono state istituite le REMS, l'assistenza ai pazienti è in carico alle Regioni e ai DSM (interventi normativi rimodulati anche grazie all'azione SIP).

Dal 1978 questi siano i primi provvedimenti di respiro nazionale che forniscono indirizzi di ordine clinico-organizzativo volti alla cura dei pazienti. Pur senza trascurare il ruolo dei P.O. 1994-97 e 1998-2000 nei confronti delle politiche per la salute mentale, gli atti citati vanno oltre: mostrano che la persona con disturbi psichici si può curare all'interno del sistema sanitario e dicono come, superando noti ma invero non giustificati "complessi di inferiorità" rispetto alle altre specialità mediche e nel contempo rispettando la specificità e la complessità della psichiatria.

La SIP può e deve avere un ruolo centrale nell'azione di approfondire, valorizzare, diffondere questi documenti. Inoltre, è necessario anche uno sviluppo ulteriore del lavoro fatto, ad es. per la revisione di linee guida per la depressione e la prevenzione del suicidio, sul tema

sicurezza-contenzione, sull'intervento precoce nelle psicosi, o nel delineare un possibile percorso di trattamento del paziente autore di reato, standard di sicurezza per gli operatori ecc.

LA PROPOSTA DI UNA METODOLOGIA DI LAVORO

Vi sono alcune tematiche e alcuni principi che devono caratterizzare il prossimo triennio dal punto di vista della metodologia di lavoro e come riferimento per le azioni da implementare:

1. La natura della SIP come Società scientifica in ambito medico di rilievo nazionale

La forza e il significato della SIP si ancorano nel fatto di essere la più antica società scientifica a carattere nazionale dell'area psichiatrica in Italia. Inoltre, da sempre la SIP ha l'ambizione di rappresentare un momento comune d'incontro e di confronto tra psichiatri operanti in situazioni diverse (università/SSN; territorio/ospedale/residenzialità; clinica/formazione e ricerca; risposta all'acuzie/presa in carico; riabilitazione; pubblico/privato) in assenza di un indirizzo scientifico, politico o religioso predefinito; e, ancora, di riunire un numero difficile da quantificare in modo preciso, spesso esagerato e molto probabilmente in calo, ma sicuramente ancora significativo almeno in alcune importanti realtà regionali, di psichiatri.

In una Società scientifica, infatti, è indispensabile che l'elemento partecipativo rappresenti il carattere più assiduamente perseguito, attraverso una effettiva capacità di articolazione della vita sociale nella periferia e un continuo scambio botton/up, attraverso il quale il vertice della società, nel muoversi, sia sempre certo di rappresentare la riflessione effettivamente maturata e partecipata nell'ambito delle articolazioni periferiche, e sia anche attento ad irrorare le articolazioni periferiche

di stimoli, informazione e risorse mantenendone la vitalità. In una Società scientifica, il momento partecipativo non può esaurirsi nella delega al centro in occasione del momento elettivo della rappresentanza, né in occasione della partecipazione episodica e sempre inevitabilmente parcellare a momenti congressuali o convegnistici, ma rappresenta la linfa vitale che nel confronto frequente, diffuso e quindi più facilmente partecipato collega tra loro rappresentanti e rappresentati, garantendo in tal modo attraverso una prassi costante di confronto e di verifica che quanto i primi trasmettono esternamente sia davvero il frutto del ragionamento, della sensibilità e della crescita clinica ed etica comune di tutti gli associati.

L'appetibilità di una società scientifica agli occhi di coloro alla cui adesione è interessata e la sua autorevolezza agli occhi ai potenziali interlocutori (scientifici, politici, associativi ecc.) o ai singoli soggetti, nasce dalla capacità di un approccio scientifico (e quindi fedele al proprio campo d'interesse e alla propria natura; rigoroso nelle metodologie; attento a promuovere crescita professionale ed etica tra gli associati nell'interesse di quanti potranno trarne beneficio; curioso, critico e autocritico) e da quella di essere davvero rappresentativa del mondo professionale nel cui ambito opera perché capace di farsi strumento di confronto, ricerca comune e formazione al suo interno, nel confronto con altre società scientifiche ma anche con le associazioni di portatori di interesse nell'ambito della salute mentale.

2. Partire dalla consapevolezza : per una psichiatria critica

I cambiamenti della psichiatria significano oggi confrontarsi su scenari diversi.

Il primo scenario è quello istituzionale europeo che fa della salute mentale una sua priorità, con una cultura globale, con la complessità con la quale la salute mentale e i disturbi mentali si declinano nei vari contesti e nelle

diverse realtà in mondo che ha drasticamente ridotto i tempi della comunicazione.

Poi vi è lo scenario nazionale con la necessità di curare la organizzazione dei servizi e la loro evoluzione. Infine, la ricchezza degli scenari regionali e degli specifici modelli che devono essere proposta e sperimentazione di modelli innovativi e di ampliamento dei valori organizzativi sui quali si basa l'assistenza psichiatrica.

Eppure in questo percorso, con la consapevolezza della propria collocazione provvisoria e temporale è possibile identificare contenuti, problemi emergenti, difficoltà che sono proprie di questo momento che, pur non inducendoci a pensare di essere i problemi definitivi del fare psichiatria possono rappresentare dei punti su cui creare innovazione.

Non pensiamo necessariamente e solo alle grandi questioni di metodo e di assetto teorico e scientifico ma alle questioni che oggi condizionano la pratica di operatori, colleghi, istituzioni. Questi elementi in questo momento caratterizzano in modo determinante il mandato sociale della psichiatria e quindi ne definiscono alcuni scopi attesi anche da altri soggetti dello scenario istituzionale e socio sanitario.

3. Processo di superamento degli OPG, caratteristiche funzionali delle REMS, sicurezza di operatori e utenti

Va sottolineata l'importanza che sta assumendo l'impatto sui Servizi della recente legislazione riguardante le modalità con cui i Dipartimenti di salute mentale sono tenuti a prendere su di sé la responsabilità, in toto, della assistenza psichiatrica dei detenuti (all'interno delle carceri), nonché dei malati mentali autori di reato in dimissione dagli OPG, oppure in attesa che il magistrato decida riguardo alla misura di sicurezza da comminare.

Si tratta adesso di passare ad una fase, in cui oltre alla continuazione della campagna di sensibilizzazione attraverso i mass-media rispetto a questi problemi, la SIP

possa incrementare un'azione per così dire dal basso, senza dubbio e in primis di tipo culturale, facilitando l'incontro dei colleghi di realtà regionali diverse, che debbono essere prima di tutto messi in grado di confrontare e discutere le diverse modalità che le Regioni, e le ULSS conseguentemente, hanno cercato o stanno cercando di mettere in atto per affrontare questo problema.

In questo campo d'azione, il problema della sicurezza degli operatori è prioritario e la SIP deve metterlo costantemente in primo piano; in caso contrario vi sarebbe il rischio di un impatto fortemente difensivo rispetto a tutte le tematiche prima esposte, in una situazione che vedrebbe estremamente accentuata la problematica della custodia come unico mezzo di difesa contro il rischio sia di aggressioni alle persone, sia di ritrovarsi in situazione di incapacità di rispondere al mandato della magistratura.

4. I valori, l'etica, il metodo

Vi è un punto importante da tenere in considerazione per i prossimi anni e che comunque deve accompagnare la nostra azione di psichiatri: una riflessione sui valori che sono insiti nella nostra disciplina, insieme ad una riflessione metodologica, che supporti i colleghi nell'affrontare grandi cambiamenti che la nostra disciplina sta avendo, anche rispetto ai problemi emergenti dalla società attuale; si fa evidentemente riferimento sia alle problematiche legate all'abuso di sostanze, sia a quanto detto dianzi per il problema OPG, sia più in generale alla necessità che la psichiatria non dimentichi mai di essere comunque molto legata alle fasi storiche della società: da essa derivano mandati diversi, legati alle diverse fasi storiche, che gli psichiatri di volta in volta non devono accettare supinamente; essi devono operare su questi mandati una lettura critica, in modo da non rinunciare mai al compito principale e più importante della psichiatria, cioè quello di essere una scienza capace di intervenire nella lettura dei problemi di salute mentale

della popolazione, e di intervento terapeutico rispetto ai disturbi mentali, così importanti e ampiamente distribuiti in una popolazione.

5. La formazione

Infine, un punto di particolare rilevanza riguarda il tema della formazione, che non può essere, proprio per i motivi sopra esposti, solo una formazione teorica, ma deve nascere da subito dal confronto con le tematiche complessive che la società richiede alla psichiatria di affrontare, tenendo conto che sempre più il lavoro lo psichiatra nei servizi di salute mentale dovrà essere anche un lavoro capace di collegare professionalità diverse, di facilitare il dialogo tra servizi differenti, non distaccandosi mai da un'ottica che veda la persona costantemente in primo piano, e quindi operi portando all'interno di questo contesto il suo sapere, e traendo da questi difficili e conflittuali contesti preziose occasioni di ripensamento per le sue azioni e per la necessità di una continua riflessione sulla propria prassi.

Appare essenziale che la Sip, per quanto riguarda la parte dei Colleghi operanti nel territorio, si renda continuamente capace di effettuare dei cambiamenti al suo interno, anche nelle posizioni di maggior responsabilità, in modo da favorire un ricambio continuo almeno di una parte dei colleghi a cui viene delegata dalla Assemblea congressuale la responsabilità di portare avanti, per il triennio successivo, il compito di rappresentare le problematiche insite nelle difficoltà che gli operatori incontrano nel loro lavoro, senza però limitarsi a questo: la Sip non deve assolvere funzioni "sindacali", ma deve essere capace di rilanciare una visione complessiva dell'essere psichiatra, garantendo momenti di incontro, sia a livello micro che macro regionale, all'interno dei quali vengano condivise sia le problematiche che le possibili azioni adeguate al loro superamento: perché questo sia efficace, non deve essere episodico.

Quest'operazione di cambiamento non deve tenere in secondo piano la considerazione della necessità che le colleghe, sempre più numerose, che operano all'interno dei Servizi, vengano finalmente in modo più fermo coinvolte, proponendo i loro nomi per le varie cariche dell'Esecutivo, in modo che il loro numero sia effettivamente rappresentato anche all'interno degli organi della società.

PROSPETTIVE DI LAVORO

Vi sono alcuni punti che sinteticamente riprendono quanto sopra esposto e che rappresentano la prospettiva di lavoro per lo sviluppo di un programma completo per il prossimo triennio.

Trasformare la SIP nella "Casa di tutti gli psichiatri"

La trasformazione degli scenari organizzativi dell'attività psichiatrica nel corso degli ultimi anni ha reso sempre più evidente la necessità di rappresentare dal punto di vista scientifico e metodologico una realtà sempre meno riconducibile alle sole tematiche cliniche trattate nel contesto del Servizio Sanitario Nazionale o Regionale, che pur rimane l'area di interesse centrale nell'attività. Appare sempre più urgente rispondere alle richieste di approfondimento e riferimento provenienti da nuove aree di attività legate al settore del "privato accreditato", l'area del privato ambulatoriale e tutti quei colleghi che hanno trovato forme di attività clinica non riconducibili ai tradizionali inquadramenti lavorativi nei Dipartimenti di Salute Mentale. Rendere la SIP più aperta a questi settori rappresenta la possibilità di una sfida più libera verso la modernità, le nuove conoscenze e le nuove competenze che la professione offre.

Rendere la SIP un interlocutore più visibile nei processi decisionali delle politiche sanitarie

La capacità di rappresentare all'esterno il punto di vista

scientifico degli psichiatri sulle questioni che direttamente riguardano il loro ambito professionale o gli interessi dell'utenza rappresenta un punto rilevante su cui la SIP deve concentrarsi. L'intervento pubblico di una Società scientifica, soprattutto nell'attuale società della comunicazione, rappresenta un punto cruciale e necessita di capacità innovative e di incisività. In questo senso è rilevante una comunicazione incentrata su temi di pertinenza al campo professionale in modo tale da favorire un'immagine autentica di autorevolezza della Società e dei suoi organi direttivi. È necessario lo sforzo e la ricerca di strumenti per una reale condivisione sui metodi e sui contenuti delle prese di posizione attraverso occasioni di confronto ampio e collettivo, specie nell'ambito del Comitato Esecutivo.

Promuovere la partecipazione all'interno.

La conferenza delle Sezioni regionali costituisce il ganglio fondamentale della Società per il collegamento tra il gruppo dirigente nazionale e la periferia. Appare pertanto fondamentale che essa si riunisca almeno 2 volte l'anno, e che al suo coordinamento siano delegati 2 dei vicepresidenti (essendo gli altri due delegati al funzionamento delle Sezioni speciali). Nella distribuzione delle risorse derivanti dalla quota associativa in un momento di crisi è necessario privilegiare la vitalità delle periferie, e pertanto portare in via sperimentale per il triennio al 40% la quota distribuita alle Sezioni regionali (con un meccanismo che tenga conto della numerosità dei soci e i un meccanismo solidaristico volto a potenziare le sezioni più fragili), attribuire un 20% alla Conferenza delle Sezioni regionali per iniziative interregionali o di macroarea, e limitare al 40% la quota trattenuta a livello nazionale.

Riguardo al gruppo dirigente, i Presidenti ne sono espressione e quindi rappresentano la Società. Essi con-

cordano con il Comitato Esecutivo le linee generali delle attività scientifiche, politico-organizzative e di indirizzo clinico con particolare attenzione per quelle ad elevato impatto sociale. Per favorire tutto ciò, il Direttivo si riunirà "de visu" almeno una volta all'anno e l'Esecutivo almeno tre volte per assumere le decisioni più importanti, mentre per le altre verrà utilizzato preventivamente lo strumento della consultazione tramite e-mail, call conference o altro strumento di comunicazione ritenuto utile. Questi passaggi, pur comportando dei costi in termini di tempo e di risorse, che dovranno essere opportunamente reperite, rappresentano una priorità imprescindibile, perché in tal modo i dirigenti eletti sono nelle condizioni di espletare correttamente il proprio mandato nella pienezza del suo significato.

Mantenere la SIP vicino allo psichiatra nella quotidianità del suo lavoro

Secondo compito della SIP accanto a quello di garantire agli psichiatri spazi e momenti nei quali confrontarsi e crescere professionalmente attraverso la discussione, la formazione e la ricerca, è quello di far sì che oggetto di questo confronto siano soprattutto le questioni relative alla pratica clinica, quelle cioè con le quali professionisti, pazienti e famiglie devono confrontarsi ogni giorno. A questo proposito, si constata come sempre maggiore interesse stiano riscontrando tra gli psichiatri impegnati nel faticoso compito di garantire assistenza, i temi degli strumenti di intervento concreto e della pratica dei servizi, in particolare per ciò che riguarda la relazione d'aiuto in psichiatria, la psicopatologia intesa come sforzo di comprensione dell'esperienza soggettiva della malattia da parte dell'altra persona, della riabilitazione intesa come sforzo di promozione dell'autonomia del paziente. Il gruppo dirigente della SIP non può avere una visione "da lontano" dei problemi e deve evitare che il baricentro della Società sia troppo spostato dalla

periferia al centro o che le tematiche discusse siano esclusivamente inerenti l'organizzazione e la legislazione. È invece necessario che la SIP favorisca il confronto quotidiano con i problemi clinici e materiali della vita dei pazienti, e offra agli psichiatri momenti di confronto, modalità operative condivise e strumenti di intervento il più possibile efficaci. Nel prossimo triennio, questo sforzo dovrà riguardare anche il campo del lavoro con gli autori di reato, che la chiusura degli OPG riconsegna ai servizi psichiatrici, concentrandosi soprattutto, come è compito della Società scientifica, sugli aspetti clinici e concretamente operativi di questo passaggio.

IL PROGETTO DELLA SIP DA ATTUALIZZARE

È possibile oggi definire alcuni punti per affrontare il lavoro di ri-attualizzazione del precedente programma SIP 2012-2015. Sono punti che devono essere sviluppati ma che rappresentano la traiettoria per un aggiornamento necessario a collocare la Società nello scenario attuale tenendo conto del ruolo dei servizi per la salute mentale e della realtà in cui essi operano e tenendo conto del contributo che la SIP può avere nel più ampio contesto culturale della società attuale:

- I **contenuti che la SIP deve trattare**, attraverso un lavoro articolato, possono essere ricondotti ad alcune **aree tematiche**, di cui le principali sono:
 - gli aspetti clinici e psicopatologici di rilevanza attuale
 - i temi politico-organizzativi strategici, nazionali e regionali
 - la predisposizione di linee guida di intervento e trattamento, promuovendo la revisione della letteratura scientifica, la discussione critica e l'implementazione di ricerche e studi innovativi nella disciplina
 - il monitoraggio dello stato dei servizi.
- Costruire la **Rete Psichiatrica Italiana** (il modello di riferimento è la rete oncologica - cardiologica) con la

condivisione di **Protocolli di Buona Pratica Clinica** (da Aosta ad Agrigento)

- **Sensibilizzare e orientare l'opinione pubblica e le istituzioni a investire in Salute Mentale** attraverso progetti su bisogni diffusi, principalmente volti ad attuare gli obiettivi PANSM
- **Piano Nazionale Lotta alla Depressione**, tenendo conto anche degli aspetti epidemiologici che collocano i disturbi depressivi ai primi posti tra le cause di disabilità nella popolazione, degli aspetti educativi – anti-stigma e delle azioni preventive (es. suicidio).
- **Iniziative Pubbliche** che rispondano a bisogni specifici e reali esigenze di salute e contribuiscano agli obiettivi istituzionali di tutela e promozione della salute mentale: Giornata nazionale salute mentale con egida Ministero e Regioni; Progetti di promozione per la salute fisica dei soggetti con disturbo psichico; Telethon per la Salute Mentale
- **Azione Istituzionale/Governativa Trasversale** (Revisione C.P. abolizione Pericolosità Sociale psichiatrica)
 - Potenziare Assistenza nelle Carceri- modelli di cura
 - Iniziative a favore Migranti
 - Iniziative a favore anziani
 - Iniziative Contrasto Alcol e Sostanze d'abuso
- In continuità: sviluppo di **Rapporti istituzionali** stabili con Ministero Salute/ Giustizia, Commissioni Parlamentari Istituto Superiore sanità, AIFA, AGENAS.
- **Difesa e Innovazione dei DSM**
 - Modello organizzativo tuttora vivo da im-

IN PRIMO PIANO

- plementare a fondo, sostenere e promuovere (UOP-UONPIA-Sert)
- Sviluppi culturali e clinico-operativiulteriorivalorizzando le indicazioni del PANSM e dei documenti sui Percorsi di cura nei disturbi gravi e Residenzialità
- **Accentuazione e Innalzamento** della specificità, competenze e identità professionale dello Psichiatra
- Azioni di riconoscimento del Rischio Professionale e sicurezza degli operatori
- Position paper - 2°Giornata Nazionale per la Salute e Sicurezza degli operatori e utenti (2016)
- Iniziative volte al riconoscimento del diritto all'assicurazione per i disturbi psichici
- **Rapporti Stabili con Società Scientifiche:**
- SINPIA
- FISM-
- SIMG-FIMG
- Medicina Legale (SIMLA), Società Italiana di Criminologia (SIC)
- Pediatri-NPI-Ginecologi-Neurologi-Cardiologi-Diabetologi-Pneumologi-Reumatologi
- Psicologi
- Altre Professionalità Non Mediche
- **Supportare** nascita di Gruppi autonomi di pazienti-utenti- Auto Aiuto
- Alleanza con Associazioni Familiari Nazionali e Europee
- **Rapporti con Media-Stampa, secondo metodi condivisi anzitutto nell'ambito del CE**
- Divisione per aree regionali e locali individuazione di un Referente Area che possa rapidamente rispondere su fatti locali
- Ufficio Stampa per vicende Nazionali o Istituzionali

- Campagna antistigma + avvicinamento cure e esiti (Pubblicità Progresso Sociale)

Proposte Organizzative SIP

Vi sono alcune proposte da sviluppare riguardo all'organizzazione del lavoro nell'ambito degli organi direttivi della Società, per favorire una trattazione sistematica e articolata dei contenuti delle aree tematiche sopra indicate. In primo piano:

Identificazione diGruppi (Commissioni) ristretti diSoci di grande esperienza con delega su temi specifici di particolare interesse, quali:

1. Evoluzione DSM e SSN (Agenas-FISM-GISM-etc)
2. Rapporto con psichiatria privata (Convenzionata e non- Cooperative etc)
3. Rafforzamento della Psichiatria Forense (abolizione pericolosità sociale psichiatrica- Agevolare la formazione di Periti all'interno dei DSM etc)
4. Rapporti con psichiatri privati (superare isolamento dell' ambulatorio privato)
5. Formazione- Gruppo misto (sviluppo tematiche cliniche-psicopatologia etc)
6. Rapporti internazionali

Ai Gruppi-Commissioni delega ampia con riconoscimento spese e disponibilità della Segreteria SIP

Rapporto con SIP Giovani "Loro il futuro"

- Ricezione e integrazione proposte SIP Giovani (precarietà dei contratti-Formazione- ritardo tecnologico dei servizi)
- Facilitazione della loro capillarità
- Supporto agli eventi da loro organizzati
- Presenza in CE di 1 rappresentante SIP Giovani (diritto di voto) e in tutte le Sezioni Regionali.

IN PRIMO PIANO

Rapporto con Sezioni Speciali SIP

- Opportunità di utilizzare il Sito SIP
- Coordinare ricerche nazionali e/o Internazionali su temi specifici epidemiologici- clinici –riabilitativi - nuove tecnologie
- Integrare le Azioni delle diverse società scientifiche affiliate
- Costruire eventi scientifici e formativi comuni
- Costruire linee guida, buone pratiche e prassi cliniche, raccomandazioni, statement inerenti alle proprie aree scientifiche da diffondere attraverso i canali SIP (sito, riviste etc)
- Mantenere rapporti diretti mensili con la Presidenza e la Segreteria per un continuo scambio di informazioni e up date su andamento/iniziative della Sezione speciale

di Skype ,Webex etc).

- 3 Consigli Esecutivi/anno di persona
- 2 Conferenze Sezioni Regionali/anno
- 1 Consiglio Direttivo/anno

Rapporti con Soci SIP, nella logica della condivisione, ad esempio con:

- Rapporti stretti con email ogni 15 giorni su diversi temi informativi – formativi -commenti e valutazioni su diverse tematiche anche di attualità.
- Potenziamento sito SIP.
- Rubriche accesso per i Soci (rubriche tipo FAQ su temi di grande impatto come responsabilità Professionale con panel esperti che risponde). Twitter – Blog.
- Risorse trasparenti. Bilancio trasparente e consultabile. Ogni azione SIP (Convegni-Seminari etc) deve essere attenta alle risorse economiche.
- Eventuale potenziamento della Segreteria e modalità innovative di incontro CE- CD-Gruppi Lavoro-Gruppi Istituzionali (WEBEX)

Rapporti Comitato Esecutivo, Comitato Direttivo, Conferenza delle Regioni.

Al fine di facilitare il confronto la condivisione e il dibattito interno (oltre alle call-conference e alla messa in rete di tutti i membri- Sezioni Regionali e Speciali, uso

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
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Testo della ricerca
- 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. 34: 12-19, 1986.
Nel testo la citazione dovrà essere riportata come segue (1).

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



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidente:

Massimo Rabboni (*Bergamo*)

Presidente eletto:

Massimo Clerici (*U. Mi Bicocca*)

Segretario:

Mauro Percudani (*Garbagnate, Mi*)

Vice-Segretario:

Giancarlo Cerveri (*Milano*)

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli (*Bergamo*)

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini (*Somdrio*)

Franco Spinogatti (*Cremona*)

Andrea Materzanini (*Iseo*)

Costanzo Gala (*Milano*)

Orsola Gambini (*U. Mi Statale*)

Claudio Cetti (*Como*)

Giuseppe De Paoli (*Pavia*)

Nicola Poloni (*Varese*)

Antonio Magnani (*Mantova*)

Emi Bondi (*Bergamo*)

Ettore Straticò (*Mantova*)

Roberto Bezzi (*Legnano, Mi*)

Marco Toscano (*Garbagnate, Mi*)

Antonio Amatulli (*Sirp.Lo*)

Caterina Viganò (*Sirp.Lo*)

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Alessandro Grecchi (*Milano*)

Francesco Bartoli (*Monza Brianza*)

Giacomo Deste (*Brescia*)

Giovanni Migliarese (*Milano*)

Membri di diritto:

Giorgio Cerati

Angelo Cocchi,

Arcadio Erlicher,

Claudio Mencacci,

Emilio Sacchetti

Silvio Scarone

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli

Simone Vender

Antonio Vita

Giuseppe Biffi