



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

Anno XXXII • n. 1 • gennaio – giugno

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

Fondatore 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*)
Gabriella Ba (*Milano*)
Cinzia Bressi (*Milano*)
Claudio Cetti (*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 PRIMO PIANO

- 3** Elogio del silenzio
di Giannelli A.
- 11** Le sfide della psichiatria
Ricerca, conoscenza e competenza
di Cerveri G., Clerici M., Percudani M.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

- 15** Un posto per i giovani
Il progetto del Centro Giovani "Ponti"
della Asl "Santi Paolo E Carlo" di Milano
di Biffi G., Parabiaghi A., Rigliano P.
- 30** Adolescenti e identità riflesse
Rischi e potenzialità delle nuove tecnologie
di Bruno D.
- 37** Operatori psico-socio-sanitari ed
eventi traumatici
Esiti di un'indagine sul Dipartimento
Salute Mentale e Dipendenze
di Carnevali S., Lucchini A., Durbano F.
- 46** Indagine sulla qualità percepita
dall'utenza nei Servizi Territoriali
Psichiatrici
di Cavallaro S., Frediani G., Biagi M.P.,
Parini A.M., Migliarese G., Mencacci C.
- 54** L'impatto delle patologie psichiatriche
nei Dipartimenti di Emergenza
ospedalieri
di Fraticelli C., Casolaro I., Cattaneo A.,
Salemi O.
- 64** L'urgenza psichiatrica nella disforia
di genere
di Grecchi A.

- 74** ADHD e Disturbo da Uso di Sostanze
Peculiarità diagnostiche, cliniche e di
trattamento
di Migliarese G., Zita G.
- 88** L'esperienza budget di salute di
comunità dell'ASST Grande Ospedale
Metropolitano Niguarda con Amicizia
Metodologia E Dati Preliminari
di Morganti C., Porcellana M.,
Biancorosso C., Fontana R., Lanzo F.R.,
Malchiodi F., Mastromo D., Motto D.,
Oltolina M., Savino C., Vairelli F.,
Zanobio A., Percudani M.
- 95** La salute fisica degli utenti
Obiettivo condiviso da utenti, operatori,
familiari
di Porcellana M., Morganti C.,
Antognoni G., Rapuano A., Lopes C.,
Maggioni S., Malchiodi F., Oltolina M.,
Porcu T., Zanobio A., Percudani M.

PSICHIATRIA FORENSE

- 100** La posizione di garanzia e il medico
psichiatra
di Pellegrini P.

OLTRE LO SPECCHIO

- 111** Qualcuno volò sulla villa
di E.S.

IN COPERTINA: *Pietro Baratta, Saggazza, 1705-08*
Santi Giovanni e Paolo, Venice

©WEB GALLERY OF ART



PSICHIATRIA FORENSE

Lettera a Psichiatria Oggi

La posizione di garanzia e il medico psichiatra

*Pietro Pellegrini**

Gentile Direttore,
ho letto con molto interesse l'articolo "L'affidamento del paziente in ambito psichiatrico" di Renato Mantovani, nella rubrica di Psichiatria Forense, Psichiatria Oggi XXXI, 2, 2018 49-52 e mi pare importante segnalare due punti assai critici che non hanno fondamenti scientifici e sono pericolosi per un efficace esercizio della pratica psichiatrica sia in ambito pubblico che privato.

Ritengo debbano essere messi all'attenzione della magistratura, di tutto il corpo professionale, degli utenti e famiglie e dell'opinione pubblica.

I due punti, riprendendo il testo di Renato Mantovani sono:

a. dare per scontata la posizione di garanzia ex art 40 comma 2° ("Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo").
"È ormai giurisprudenza costante quella che attribuisce allo psichiatra uno specifico obbligo giuridico, scaturente appunto dal sopra esaminato art. 40 del codice penale, di impedire al paziente che ha in cura tutti i possibili atti auto ed etero aggressivi o lesivi che lo stesso può porre in essere sia in regime di ricovero che in fase di cura in regime di non ricovero."

b. associare al mandato di cura del paziente, la necessità di proteggere l'incolumità degli altri soggetti/cittadini. *"In relazione a quanto esposto allo psichiatra compete il non facile compito di valutare se esista o meno una presunzione di pericolosità comportamentale del malato mentale al fine di indurre trattamenti coatti nel rispetto del principio secondo cui ogni trattamento sanitario debba essere accettato dal paziente con le uniche eccezioni della reale e comprovata esigenza terapeutiche di sottoporre forzatamente, in senso stretto, ad atti impositivi."*

La responsabilità di una pratica può essere attribuita ad un singolo professionista, nello specifico allo psichiatra, alle sue sole competenze, senza tenere in alcun conto l'insieme delle leggi, le normative regionali, l'organizzazione, il contesto socio familiare ed infine la non meno rilevante la posizione della persona?

Tutto questo è assai rilevante nel nostro paese dove a seguito della legge 180/1978 sono stati chiusi gli Ospedali Psichiatrici e si è dato vita ad sistema di cura di comunità nel quale è fondamentale il ruolo del medico psichiatra. Nel 2015, in applicazione delle leggi 9/2012 e 81/2014 si è provveduto alla chiusura anche degli Ospedali Psi-

chiatrici Giudiziari attraverso i Dipartimenti di Salute Mentale all'interno dei quali operano le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) affidate alla responsabilità del medico psichiatra che ne assume la direzione (Decreto ministero della salute 1 ottobre 2012). Si è quindi realizzato un sistema di cura e giudiziario di fatto di comunità, nel quale il medico psichiatra ha un ruolo fondamentale in quanto si trova ad avere la responsabilità di dipartimenti e servizi, a seguire anche persone con disturbi mentali già autrici di reato o con situazioni complesse ad alto rischio. Un contesto di altissima complessità ove interagiscono variabili biologiche, psicologici e sociali e che va affrontato sia con azioni di carattere formativo, di collegamento tra diverse specializzazioni mediche (medicina legale, criminologia ed altre) sia mettendo a punto percorsi, metodologie, strumenti e governo clinico. Il diritto alla salute è assicurato alla persona a prescindere dallo stato giuridico e pertanto il tema intreccia anche la sanità in ambito penitenziario.

In questo contributo metterò in evidenza alcuni problemi relativi alla responsabilità per giungere a sostenere la tesi che il medico psichiatra non può essere giuridicamente responsabile delle azioni commesse da un paziente in cura. A questo va aggiunto che per cercare di curare persone con situazioni molto complesse e talora palesemente pericolose al medico psichiatra andrebbe assicurato il "privilegio terapeutico".

LA QUESTIONE DELLA RESPONSABILITÀ

L'approvazione delle leggi Balduzzi (189/2012) e Gelli Bianco (24/2017) hanno riconfigurato la responsabilità medica ma non hanno superato la questione penale del medico il quale solo in pochi paesi al mondo e tra questi l'Italia, vede la sua condotta professionale colposa giudicata in ambito penale.

Dopo l'approvazione della legge Gelli Bianco fa riflettere che la prima sentenza della Cassazione penale, la n. 28187 del 2017 riguarda proprio la responsabilità professionale dello psichiatra e in essa si richiamano due

precedenti sentenze della stessa Cassazione n. 10795/2008 e n. 48292/2008 che hanno condannato, a mio avviso del tutto ingiustamente, psichiatri sia per l'omicidio che per il suicidio commessi da pazienti in cura.

In questo la magistratura sembra inserirsi in un trend culturale nel quale il senso di responsabilità viene sempre più esternalizzato e attribuito all'altro, in una logica narcisistica (mi è dovuto!) di pretesa di prestazioni e risarcitoria spesso a prescindere dalla propria condotta e dalla presenza dei pre requisiti per il patto sociale.

Infatti, la sanità pubblica e universalistica non è più pensata come un servizio co-costruito con la partecipazione di tutti, ciascuno secondo le proprie possibilità e si è fatta strada una concezione sempre più privatistica del rapporto medico-paziente.

Molti elementi hanno concorso a creare le condizioni per questo, dalla centralità del denaro come significante di tutti i valori (Galimberti), a scapito di altri come benessere, salute, felicità, convivenza sociale, progresso culturale.

Un impianto politico ideale che ha profondamente modificato i riferimenti del sistema sanitario e deformato le relazioni.

La politica anziché riscrivere il patto con il cittadino indicando le pre-condizioni di un servizio (definendone i necessari finanziamenti) ridefinendo realisticamente i LEA, ha cercato di mettere a riparo il medico sia attraverso il ritorno alla responsabilità extracontrattuale sia mediante la ricerca di riferimenti, linee guida (LG) e buone pratiche, che potessero essere di riferimento per la condotta del medico. Su questo punto credo si rischi di costruire pericolosi castelli fatti di sistemi diagnostici e linee guida che non colgono affatto la complessità delle situazioni cliniche e sociali e la specificità di ogni singola situazione. Ne consegue il rischio di essere comunque sempre potenzialmente inadempienti perché il riferimento è il singolo paziente rispetto alle LG e quindi si può essere accusati sia per applicazione che per non attinenza alle LG.

La scelta di affidarne la stesura a società scientifiche che

nella maggior parte hanno un'impostazione altamente specialistica anche ai fini della ricerca e delle eccellenze, rischiano produrre LG non applicabili nelle condizioni reali caratterizzate da più patologie, da concomitanti problemi familiari e sociali. Una risposta tecnica che sposta il conflitto e tenta di circoscriverlo a fronte di persistenti campagne per i risarcimenti e la "malasanità".

Il divario fra bisogni e attese, alimentati anche da una non chiara configurazione dei LEA, nonché significative carenze e limiti strutturali e di dotazioni organiche, rischia di allargarsi ulteriormente.

LA RESPONSABILITÀ DEL MEDICO PSICHIATRA

Se la questione della responsabilità è di difficile definizione per il medico, lo è ancora di più per lo psichiatra. In ambito giudiziario e medico legale, e senza apparente opposizione degli psichiatri, si dà per acquisito che a carico dello psichiatra esista la posizione di garanzia di protezione e di controllo. Quindi cura e controllo del paziente rispetto ad un pericolo a sé e agli altri di cui sarebbe responsabile lo psichiatra. In particolare la sua condotta che per essere rilevante sul piano giuridico va collegata con un "nesso causale" alle azioni compiute dal paziente interpretate come espressione della sua patologia. Questa impostazione oltre a suscitare molte perplessità in merito alla sua correttezza scientifica, ha poi trovato un'applicazione al quanto discutibile e non condivisibile nelle citate sentenze della Cassazione.

Infatti, la giurisprudenza non attribuisce allo psichiatra il compito della custodia, della limitazione coercitiva della libertà in quanto ciò sarebbe in aperto contrasto con la legge 180, la quale invece viene citata come riferimento anche nelle sentenze, ma controllo viene considerato come una componente esclusiva dell'azione e della competenza professionale che si dovrebbe sostanziare in limitazioni condivise, quindi in accordi con il paziente del quale lo psichiatra sarebbe comunque il solo responsabile. Come se esistesse un potere magico di convincimento e di

controllo che è invece al di fuori delle possibilità umane e professionali. In modo del tutto irrealistico e lontano dalle pratiche reali, si è trasferito il compito custodiale e di controllo delle istituzioni, come tali chiuse in quanto inefficaci e iatrogene, alle competenze del solo medico psichiatra e non all'insieme del sistema comunità al quale la legge 180 fa costante riferimento rendendo per altro i trattamenti sanitari obbligatori (TSO) residuali, eccezionali e di breve durata.

Una questione che va risolta in primis in ambito medico chiamato ad operare non solo come curante, ma anche come perito e consulente tecnico. Ad esempio, talora in sede peritale si leggono articolate valutazioni teoriche "ideali" del lavoro dei colleghi spesso senza tenere conto della realtà operativa, della complessità del compito e della posizione assunta oggi, nei percorsi di cura dalle persone con disturbi mentali. Come se sul banco dell'imputato debba sempre sedere anche lo psichiatra, di fatto vero responsabile visto che il paziente in molti casi è considerato non imputabile. Basta un colloquio e scatta una sorta di responsabilità "da contatto" che se il paziente commette un reato, lo psichiatra finisce per lo meno tra gli indagati. E magari viene sottoposto a interrogatori e a valutazioni critiche di colleghi periti le quali spesso costituiscono la base delle motivazioni delle sentenze.

La posizione di garanzia (art.40 c.p., comma 2), nelle sue due componenti di protezione e di controllo (Zaccariello), non risulta applicabile allo psichiatra in particolare per quanto attiene al controllo. Infatti, la psichiatria ha una bassa possibilità di previsione e prevenzione delle condotte della persona, né ha strutture di tipo contenitivo e tanto meno custodialistico. È un dato di realtà con il quale confrontarsi senza pensare che gli psichiatri abbiano il potere della vegggenza, dell'onnipotenza, del controllo magico, né vi sono strutture chiuse.

La seconda questione è quella relativa alla pluralità di mandati che si intende attribuire allo psichiatra e cioè quello di cura della persona e tutela della comunità. Due compiti essenziali ma che non possono coesistere in modo

equivalente nella stesso professionista ma nemmeno servizio. Uno dei due deve necessariamente prevalere in modo esplicito e chiaro. Altrimenti non solo si apre all'equivoco e alla demagogia, ma il compito affidato non viene compiuto, vengono meno le premesse.

Quindi a mio avviso è inaccettabile ogni impostazione che tenda ad attribuire più mandati allo psichiatra. Questi deve mantenere centrale il mandato di cura e per fare questo va preso atto che altri non possono esercitati. In altre parole se oltre alla cura servono azioni di controllo sociale e ancor più di custodia queste non possono essere esercitate dallo psichiatra ma da altri professionisti, istituzioni e agenzie e vanno previste in modo chiaro, esplicito secondo leggi e organizzazioni precise e coerenti.

Ancor più dopo l'approvazione di leggi che hanno portato alla chiusura dell'OPG e a ridefinire le pratiche per questa particolare tipologia di situazioni, vi la necessita di un' esplicita ridefinizione della responsabilità del medico psichiatra come per altro era stato richiesto dal Consiglio della FNOMCeO.

Un quadro reso ancor più complesso dalla legge sul consenso informato e le DAT (219/2017).

SALUTE MENTALE DI COMUNITÀ E LA PSICHIATRIA "GENTILE"

Attualmente la psichiatria di/nella comunità fa riferimento alla legge 180/1978 che vede la centralità della volontarietà degli accertamenti e trattamenti sanitari, il consenso, la co-costruzione della relazione e dei percorsi di cura effettuati nel territorio, a casa della persona, in strutture che sono normali abitazioni.

La residualità e la temporaneità del TSO coercitivo, strumento che sempre va accompagnato alla ricerca del consenso, non può essere invocato ex post, magari dopo un incidente, come soluzione.

Tra le sue pratiche la psichiatria intende superare

definitivamente ogni forma di contenzione fisica e le forme di restrizione. È sempre più forte il movimento no restraint, per "le porte aperte", per la de-prescrizione farmacologica, per interventi gentili, rispettosi della persona della sua dignità e libertà (Borgna).

Questa evoluzione culturale e sociale delle persone con disturbi mentali sempre più curabili, guaribili, condizioni quindi transitorie e comunque non totalmente pervasivi l'intera attività psichica, richiede una nuova rappresentazione ed il superamento di vecchi stigmi.

Non più il malato irresponsabile, inguaribile, incapace, improduttivo sempre da tutelare da parte di qualcun altro, lo psichiatra, che deve sempre occuparsene e risponderne, sotto ogni profilo.

Una visione superata ed è necessario coglierne tutte le conseguenze, anche sul piano giuridico.

Infatti, la persona con disturbi mentali vive una sofferenza che può curare, è capace di consenso (come dimensione condivisa), di co-costruire un percorso di cura, rispondere dei propri atti.

La stessa psicopatologia viene sempre più letta con un modello biopsicosociale che vede reciprocamente interagire diverse variabili, dimensioni in una condizione di complessità e multideterminazione. Le scoperte relative alla neuroplasticità, i processi recovery fanno pensare ai disturbi mentali in senso evolutivo e non statico/cronico.

La multifattorialità ha portato cogliere come centrali nella determinazione delle condotte, come ad esempio il suicidio, vissuti come il dolore mentale intollerabile e la perdita di speranza che intersecano diverse altre dimensioni psicopatologiche, sociali, esistenziali, relazionali¹. Una condizione di rischio che può restare anche quando si cura la depressione, la schizofrenia.

Persiste una condizione di ambivalenza, tra vita e morte che lo psichiatra può affrontare con strumenti tecnici e con un'estrema sensibilità, capacità di ascolto, senso del

1. Ne deriva che il suicidio è sempre meno correlabile al solo disturbo mentale. La percentuale delle persone che lo attuano seguite dai DSM oscilla intorno al 13% del totale dei suicidi.

limite. Prevenire il suicidio è possibile e farlo è un compito di tutta la comunità. Se la persona chiede aiuto e lo psichiatra non riesce a salvarla, dobbiamo perseguirlo? Come se il fantasma della colpa debba ricadere sempre su qualcuno non solo psicologicamente ma anche giuridicamente. La morte fa sempre meno parte della vita... e nel processo della sua medicalizzazione è sempre meno un fatto umano inevitabile, esistenzialmente connesso, ma diviene sempre più un fatto anche giuridico.

La vita appartiene alla persona e solo ad essa. Nessuno può essere costretto a vivere dall'altro. Lo si vede nel suicidalità continua di certi soggetti che sfidano costantemente la morte e talora anche lo psichiatra specie se pensa "ti salverò".

In tutte le persone il vissuto interiore è solo in parte conoscibile e comunicabile e questo, non solo pone un limite derivante dalla presenza di una vita psichica inconscia, ma è connesso anche alla relazione con l'altro. Una relazione unica e irripetibile rispetto alla quale ogni tentativo di standardizzazione, manualizzazione trova un limite invalicabile. La diagnosi non è un processo oggettivo e obiettivo, né è una serie di item ma conoscenza condivisa attraverso la relazione, è la rappresentazione e la definizione nel mondo interno del terapeuta della condizione della persona che soffre e comincia attraverso questo un processo di possibile cambiamento. L'essere pensati dall'altro è essenziale per la crescita e la cura.

Il riferimento alle Linee Guida è del tutto insoddisfacente in quanto le LG in psichiatria non colgono la complessità, la compresenza di più di disturbi e di problematiche familiari, sociali e relazionali. Inoltre larga parte delle LG proviene da paesi dell'area anglosassone, dove i servizi di salute mentale sono molto diversi, sono aperti i manicomi. Le pratiche psichiatriche sono dipendenti anche da contesto culture e norme.

In altre parole la psichiatria può curare se attua la massima personalizzazione, nella consapevolezza delle differenti sensibilità ai trattamenti farmacologici, alle relazioni psicoterapiche, agli interventi psicosociali.

Per quanto vi siano conoscenze, orientamenti e linee guida il dato della personalizzazione, dell'unicità della relazione psichiatra paziente è ineludibile.

A maggior ragione se si coglie come il consenso e l'adesione alle cure non siano categorie ma dimensioni variabili nel tempo e contengano sempre una pluralità di vissuti, spesso poco coerenti o talora palesemente contrastanti. Quindi il lavoro dello psichiatra è un'operazione attiva di ricerca di consenso e adesione alla cura sempre unica e nella quale deve sentirsi libero e sicuro, sostenuto dalle competenze acquisite, dalla formazione alla relazione, dal sostegno istituzionale. Questo in un contesto operativo, il territorio, nel quale le variabili non controllabili sono molteplici e dove la stessa organizzazione dei servizi della salute mentale mette lo psichiatra in una condizione di considerare la soluzione del TSO come residuale.

CURA NELLA SICUREZZA E RESPONSABILITÀ O VERSO UNA "PSEUDOPSICHIATRIA"?

In molti contesti operativi, dai PS, alle sedi della continuità assistenziale - I 18, reparti psichiatrici, servizi per le dipendenze patologiche gli operatori sanitari e i medici sono sottoposti a pressioni, minacce e talora aggressioni. Nel 2013, nella sede del Centro di Salute Mentale di Bari la psichiatra Paola Labriola è stata assassinata da un paziente e diverse colleghe delle Guardie mediche hanno subito gravissime aggressioni fisiche e sessuali. Quindi i medici sono frequentemente vittime e sollecitano i molteplici interventi necessari a tutelare la loro sicurezza. A fronte di questa situazione sembra quasi paradossale si chiede (indirettamente e per via giudiziaria) al medico psichiatra di attenuare o ridurre il pericolo rappresentato dalla persona con disturbi mentali.

Cosa significa chiedere allo psichiatra una posizione di garanzia di controllo, di ridurre il pericolo a sé e agli altri costituito dal paziente? In primo luogo, il medico psichiatra può incontrare una persona che soffre pensandola come "un pericolo"? Con quale stato psicologico

può intervenire? Non sarà tentato di evitare il paziente, specie se è difficile?

Se pensa a tutelare se stesso, il che è umanamente comprensibile, tenderà a non correre rischi, a non voler/poter cogliere i segnali più inquietanti specie se subliminali e non verbali. In altre parole la mente del terapeuta potrebbe attivare un atteggiamento formalmente ineccepibile, ma chiuso al mondo dell'altro, quindi non diagnostico e non terapeutico. Senza essere relazione, non vi è cura effettiva ma solo una burocratica "pseudocura".

Insistere sulla posizione di garanzia di controllo porta fuori strada tutta l'organizzazione della psichiatria e rischia di bloccare i processi di cura.

È la psichiatria burocratica che nessuno vuole ma certamente potrebbe proliferare portando ad una "pseudopsichiatria" fatta di Manuali diagnostici statistici (DSM) e Linee Guida (LG) ad uso di periti, magistrati e avvocati.

Una "pseudopsichiatria" depurata della complessità, resa artificiosamente lineare, senza fattori interferenti e sempre senza il paziente considerato oggetto passivo di cure, volontarie o meno. Una persona da assoggettare alla cura anche con il TSO sine die e con le limitazioni (condivise) della libertà?

Se le sentenze della Cassazione del 20082 di condanna di psichiatri per omicidio e suicidio di pazienti in cura avessero fatto scuola la psichiatria avrebbe dovuto riprendere pratiche coercitive, chiedere leggi e mezzi diversi. Colto il segnale a migliorare, ad essere più cauti il che è ben diverso dall'essere ingiustamente condannati per atti auto o eterolesivi commessi dal paziente, se la psichiatria italiana non è regredita nelle proprie pratiche lo si deve da un lato alla grande motivazione etica, alla consapevolezza professionale che non vi è altro modello di cura applicabile nell'attuale contesto. Non solo non si è regrediti ma si è avuta la forza anche di superare l'OPG inventando un nuovo sistema e definendo con molta fatica nuove prassi.

Abbiamo corso un rischio, dobbiamo pensare che a fronte di un possibile incidente siano gli psichiatri a do-

verne rispondere? A fronte di recidive nei reati di molti detenuti (circa il 70%) chi ne risponde?

La giustizia spesso ha compreso la difficoltà dello psichiatra a cogliere il vissuto interiore della persona e la stessa pericolosità. Condizione questa che ha portato a non condannare lo psichiatra comunque perseguito a seguito suicidio attuato dal paziente in carcere o nei servizi ospedalieri o nel territorio.

Ma che succede quando i rischi, la pericolosità sono invece evidenti, sia su base anamnestica sia perchè accertata come nei soggetti autori di reato, che nel caso di disturbi mentali, vengono sempre più affidati ai DSM? Come viene gestito socialmente il rischio?

Si può ammettere che esista una "responsabilità da contatto"? In altre parole basta che una persona si rivolga allo psichiatra per configurare una posizione di garanzia di controllo? Non solo è un compito abnorme in quanto non vi può essere da parte dello psichiatra alcuna possibilità di controllo della condotta dell'altro. Vi sono forme (braccialetti elettronici, intercettazioni, firme, controlli a domicilio, diffide ecc.) che esulano totalmente dalle competenze del medico psichiatra.

Tuttavia accade sempre più spesso, a fronte di gravi reati si vada a ricercare come il medico, in particolare se psichiatra, è intervenuto. Una prassi che potrebbe scoraggiare ad occuparsi di determinati utenti e che riattiva un grave stigma rispetto alle malattie mentali e a chi si prende cura delle persone che ne soffrono.

A fronte della complessità e delle difficoltà reali, talora nelle perizie effettuate da medici psichiatri si parte da una "psichiatria ideale" e viene attuata una valutazione ex post della diagnosi e del programma di cura che viene posto in capo esclusivamente allo psichiatra, il cui operato viene valutato, ponendo di solito in secondo piano la posizione del paziente, ma favorendo anche la creazione di nessi di causalità tra pratiche cliniche e reato. Andando ben oltre a quello che a posteriori, negli audit o nelle autopsie psicologiche dei suicidi, viene evidenziato come "qualcosa" di critico da migliorare il che non significa colpevolezza

o l' esistenza di nessi causali o di omissioni.

Un atteggiamento dal quale potrebbe derivare una spinta verso la psichiatria ideale/prescrittiva che si cautela su tutto e “scarica” sul paziente il problema dell'adesione alle cure e non lo rende parte della relazione condivisa anche dei rischi. In sostanza lo psichiatra dice che si dovrebbe fare, in particolare in merito al farmaco prescritto secondo LG, e se poi ciò non accade, teoricamente lascia solo/ricusa il paziente. Pratica che nel privato è (forse) possibile mentre nel pubblico vi è la necessità di un'azione di aggancio e motivazione al trattamento di soggetto spesso privi di insight in una sorta di trattativa continua con le persone (e familiari) che accettano e si attengono solo parzialmente ai programmi di cura.

Dovremmo abbandonarli nel timore di essere chiamati in giudizio? O non è necessario su base deontologica e professionale provare a curarli al meglio cercando con fatica, pazienza e compromessi le condizioni per l'alle-
anza terapeutica?

In medicina, e anche in psichiatria non vi può essere terapia e riabilitazione senza l'attivo coinvolgimento e partecipazione della persona. Questo anche nelle condizioni difficili, dove le scelte della persona non sono condivise dal medico (si pensi all'uso di sostanze, alla dieta ecc.).

La riabilitazione non si prescrive ma è un processo consensuale, co-costruito che prevede un rischio condiviso perché se non si corrono rischi non accade nulla di positivo e le persone regrediscono, le strutture psichiatriche possono avere effetti iatrogeni.

Un percorso per nulla lineare nel quale i movimenti interiori sono molteplici, i vissuti talora contrastanti (il transfert da positivo può divenire ambivalente o negativo) e si intrecciano con le condizioni sociali, i fatti della vita, le libere scelte delle persone alle quali appartiene la vita e a loro (magari supportate) sempre compete dove, come e con chi vivere.

In questo processo si può affrontare la sofferenza, il dolore mentale, il male, il senso della morte e di come

essa si inserisce in quell'esperienza che chiamiamo vita. Tenendo conto delle convinzioni, religiose, etiche, filosofiche e di quanto ciascuno ha maturato rispetto a temi esistenziali personali.

La legge sul consenso informato e le DAT (legge 219/2017) prevede:

“Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca” (art. 1 comma 4) e a fronte di questo “ Il medico È tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale.” (art 1, comma 6)

È questa la nuova frontiera che non vale solo per il fine vita ma per la vita intera compresa la morte. O il paziente psichiatrico sempre potenzialmente incapace, è un cittadino con meno diritti e meno doveri?

La legge disciplina anche questa eventualità ma la stragrande maggioranza dei pazienti dei DSM italiani è considerata capace. Lo psichiatra deve collaborare paritariamente con paziente, accettare tutte le sue preferenze, anche quando non condivise e comunque rispondere di eventuali reati o danni, specie se in sede giudiziaria si dirà che la persona era incapace o da sottoporre a TSO? Quindi persone sempre vulnerabili e “minorabili” anche ex post. Ma di chi si è fidato lo psichiatra, con chi ha cercato di costruire una difficile alleanza? Una situazione che può alimentare lo stigma verso il paziente psichiatrico, e attivare una sorta di andamento circolare della responsabilità che dal va medico al paziente per ritornare sempre e solo sul medico. Con queste premesse si rischia di non essere utili ai pazienti.

La psichiatria deve preservare al massimo grado il proprio mandato di cura vedendo la centralità della

persona sempre inserita nella comunità. Le condizioni di rischio esplicite vanno conosciute e gestite con le altre istituzioni. Si pensi, ad esempio, ai femminicidi, allo stalking dove sono necessarie molteplici azioni (di protezione delle potenziali vittime) e quella di cura, assai difficile, va tutelata sotto ogni profilo. Questo sia per dare la necessaria tranquillità dell'operatore che deve accogliere, ascoltare, non giudicare e per consentire alla persona di potersi con-fidare, aprirsi, senza dover temere alcuna conseguenza (informativa ecc.).

Se il paziente viene percepito come pericolo, e tale è per le sue condotte, chi potrà/vorrà curarlo? Magari correndo il rischio di essere chiamato a rispondere per un atto gravissimo commesso dallo stesso? Questo mina alla base la possibilità di attuare ogni programma di cura. Non vi può essere una responsabilità "da contatto" questo sia in ambito pubblico che privato.

Il compito del medico psichiatra è assai difficile e ciò va riconosciuto e tutelato anche socialmente. A maggior ragione quando vengono approvate leggi che affidano allo psichiatra il compito di curare persone autrici di reati.

Dobbiamo prenderci cura di situazioni cliniche molto articolate che richiedono interventi medici, psicologici e sociali. La relazione di cura è centrale per entrare il mondo dell'altra persona, per costruire fiducia, elaborare aspetti della propria vita psichica inconscia, produrre cambiamento. Questo può avvenire solo nel rispetto dei diritti, della libertà nella responsabilità. Il percorso di superamento dell'OPG ha evidenziato la necessità di modelli di intervento non solo clinici e abilitativi (incentrati sul budget di salute) ma anche azioni volte alla comprensione del reato, delle sue conseguenze, alla riparazione possibile. Questo entro uno scenario di senso nel quale vengono ad avere rilievo gli aspetti culturali, le convinzioni, la religione ed i riferimenti familiari e sociali. Si tratta di percorsi non lineari, nei quali nel tempo possono variare fortemente i profili di rischio e per questo è essenziale costruire e mantenere (per quanto possibile) una forte alleanza con la famiglia e il contesto.

Un fattore che spesso concorre alle cause legali è spesso il rapporto con la famiglia, la quale magari assente, delegante che si attiva a fronte di un incidente potendo ad attivare il percorso giudiziario. È cruciale definire e condividere i rischi e comporre ex ante le possibili divergenze.

CONCLUSIONI

Lo scorso anno abbiamo celebrato il quarantennale della legge 180 ma il legislatore e la giustizia devono prendere ancora prendere pienamente atto delle evoluzioni avvenuto nella salute mentale italiana. A tal fine sarebbe necessaria la revisione del codice penale e di procedura penale che ancora fanno più riferimento alla legge 36/1904.

I pazienti sono a pieno titolo cittadini, titolari della loro vita. Per questo sotto il profilo legislativo occorre superare il doppio binario, pericolosità sociale e misure di sicurezza. Va garantito il diritto al processo. Se il cittadino è libero e agisce i propri diritti e quindi il consenso alle cure con il diritto a rifiutarle, non si può poi applicare al medico psichiatra la posizione di garanzia in particolare di controllo in quanto non solo significa chiedere un compito umanamente e professionalmente impossibile ma riporta a pensare la persona con disturbi mentali come totalmente incapace (naturale) e agita lo spettro dell'obbligatorietà (TSO) che invece andrebbe superato. Questo minerebbe alla base ogni processo di cura e responsabilizzazione. Se psichiatra e paziente sono su un piano paritario, la relazione terapeutica va tutelata al massimo grado possibile (segreto professionale ecc.) e in questo spirito bisognerebbe superare il codice Rocco che ancora vede il medico e lo psichiatra implicati nel controllo sociale tipico del regime mediante referti ecc.. Compiti dai quali gli psichiatri dovrebbero essere esentati.

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO nella mozione del 12 dicembre 2015 aveva ritenuto "di dover raccomandare l'inserimento nel Testo Unificato "Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale

sanitario” della previsione che il medico psichiatra non è penalmente responsabile degli atti penalmente rilevanti compiuti dal proprio paziente”. Una richiesta assai autorevole che il legislatore non ha fatto propria ma che rimane assai attuale e necessaria.

Non si tratta, sia chiaro, di invocare l’impunità dello psichiatra che deve rispondere alla legge ma di un pieno riconoscimento della difficoltà del compito (art 2236 c.c.) e chiara esplicitazione i limiti della disciplina (“Sapere di non sapere”) a fronte di una presunta onnipotenza terapeutica e dell’espansione diagnostica di una parte della psichiatria che non cura ma burocraticamente si trova collaterale al potere (assicurativo o giudiziario o politico).

O la giustizia ha ancora in mente una psichiatria “paternalistica” che orienta, guida, sceglie al posto del paziente assumendo un malinteso ruolo parafamiliare. L’intensità della relazione di cura può essere molto forte ma deve restare una relazione professionale con limiti invalicabili.

Le Aziende Sanitarie devono tutelare la sicurezza e quindi proteggere anche sul piano giudiziario tutti gli operatori, facendosi anche parte attiva non solo nella loro difesa nei procedimenti giudiziari ma anche nel determinare insieme alle associazioni professionali e sindacali, le condizioni per l’esecuzione del lavoro.

In questo quadro occorre garantire allo psichiatra “il privilegio terapeutico” per preservare l’unico mandato possibile quello di cura. Un privilegio che non richieda un’impossibile posizione garanzia di controllo e assicuri allo psichiatra la piena tutela del segreto professionale come condizione essenziale della terapia.

È ciò che ci chiedono le persone con disturbi mentali ben diverse da quelle che come ancora vengono rappresentate, persone che hanno pieni diritti e doveri e in grado di decidere della loro vita. È ciò che serve per dare sicurezza e futuro al mandato di cura del medico psichiatra.

AFFERENZA DEGLI AUTORI:

* *Direttore del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma*
ppellegrini@ausl.pr.it

BIBLIOGRAFIA

1. Ariatti R., *Responsabilità dello psichiatra operante nel Servizio sanitario nazionale*. in Volterra V. (a cura di) *Psichiatria forense, criminologia e etica psichiatrica*, Masson ed., 2006
2. Bassi M. & Siracusano A., *I doveri dello psichiatra*. *Psichiatria di Comunità*, 2008, VII, 1: 1-3.
3. Biondi M., Iannitelli A., Ferracuti S., *Sull'imprevedibilità del suicidio*, *Riv Psichiatr* 2016; 51(5): 167-171
4. Biondi M., Boccara P., Corrivetti G., Digiannantonio M., Ferracuti S., Nicolò G., Perin i R. Pompili E., Vaggi M., Veltro F., *Chiusura degli OPG. Benissimo, ma gli psicopatici non possono stare nelle nuove REMS* *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2016, L, 1: 136-140
5. Borgna E., *Noi siamo un colloquio. Gli orizzonti della conoscenza e della cura in psichiatria*. Feltrinelli, 1999
6. Catanesi R., *Obbligo di cura: aspetti legislativi, modalità operative e pratiche di presa in carico*. Relazione al VI Seminario del corso Tra responsabilità di curarsi e diritto alla cura, Roma, 20 giugno 2007. Internet: <http://www.psychiatryonline.it/ital/progettoobiettivo2008/catanesi.htm>.
7. Catanesi R., *La responsabilità dello psichiatra ai tempi delle REMS*. *Rassegna Italiana di Criminologia*, Anno XI n.3/2017 182-192
8. Comitato Esecutivo della Società Italiana di Psichiatria (SIP) *Il dialogo necessario tra la Sanità che Cura e la Giustizia che Custodisce. Valutazioni e proposte della SIP* *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2015, L, 1: 130-134
9. Comitato Nazionale per la Bioetica, *La Contenzione: Problemi Bioetici*. 23 aprile 2015
10. Consiglio Nazionale della FNOMCeO, *Mozione del 12 dicembre 2015*. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2016, L, 1: 135
11. Cupelli C., *Dagli OPG alle REMS: un ritorno alla medicina custodiale?* *Diritto Penale Contemporaneo* 23 dic. 2016
12. Cupelli C., *La colpa dello psichiatra. Rischi e responsabilità tra poteri impeditivi, regole cautelari e linee guida*, *Diritto Penale Contemporaneo*, 21 marzo 2016, p. 11
13. Dinelli U. *La contaminazione giudiziaria della psichiatria*. *Problemi in psichiatria*, 2003, 32: 33-50.
14. Draetta G., Parvis, *La responsabilità professionale in neurologia e geriatria*. Sinapsis e Lingomed, 2009.
15. Feola T. *Orientamenti della Cassazione penale in tema di responsabilità professionale dello psichiatra* *Minerva Medico-Legale*, 2009, 128: 105-111.
16. Fiori A. & Buzzi F., *Problemi vecchi e nuovi della professione psichiatrica: riflessioni medicolegali alla luce della sentenza della Cassazione Penale n. 10795/2008* *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 2008, 6: 1419-1454.
17. Fornari U. & Jordan S., *La responsabilità professionale dello psichiatra*. Centro Scientifico Editore, Torino, 2006.
18. Galimberti U., *I miti del nostro tempo*. Feltrinelli, 2009.
19. Galli P.F., *L'identità terapeutica nel regno dell'incertezza*. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2009, 1: 47-58
20. Gentilomo A., Travaini G., D'Auria L. *Medico e giustizia*. Raffaello Cortina Editore, 2009.
21. Greco O., Catanesi R. *La responsabilità professionale dello psichiatra*. Piccin Editore, 1990.
22. Hoyer G., *La coercizione in psichiatria. Il concetto, le sue possibili misurazioni*. *Rivista sperimentale di Freniatria*, 2003, 2.
23. Insolera G., "Brevi considerazioni sulla responsabilità penale omissiva dello psichiatra", in *Ind. pen.*, 1990.
24. Landolfi C., "L'aporia della coercizione terapeutica per "malattia mentale" in un ordinamento liberaldemocratico: analisi del T.S.O. nella prospettiva delle misure praeter delictum" *Diritto Penale Contemporaneo*, 5/2018 5-18
25. Longhin L., *Una condanna conseguenza di una cultura epistemologica positivista e pseudoscientifica e di una ambiguità dell'identità dello psichiatra*. 2009. Link web: www.psichiatria.it > Articoli e News > La vicenda processuale del Dott. Pozzi > Questioni in tema di responsabilità penale dello psichiatra.
26. Manacorda A., *Responsabilità dello psichiatra per il fatto commesso dall'infermo di mente. Prime riflessioni*. in *Foro it.*, 1988.
27. Marchetti M., Volterra V. *Responsabilità dello psichiatra*. In Volterra V. (a cura di) *Psichiatria forense, criminologia e etica psichiatrica*, Masson ed, 2006.
28. Negroni, A.A. *Sul concetto di "trattamento sanitario obbligatorio"*. *Rivista AIC Associazione Italiana Costituzionalisti*, 4-2107,

29. Nivoli GC., Loretto L., Sanna M., Nivoli A., Milia P., Nivoli L., *Valutazione del paziente violento e aggressivo e modi di intervento* In Volterra V. (a cura di) *Psichiatria forense, criminologia e etica psichiatrica*, Masson ed, 2006.
30. Pellegrini P., *Sulla responsabilità in psichiatria*. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2008, XLII, 3: 295-300.
31. Pellegrini P., *Riflessioni sull'identità degli operatori in psichiatria*. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2009, XLIII, 4: 545-558.
32. Pellegrini P., *Ancora sulla responsabilità in psichiatria*. In *Psicoterapia e Scienze Umane*, vol XLIV N° 2, 207-228 Ed. Franco Angeli, 2010
33. Pellegrini P. *Alcune riflessioni sulle Raccomandazioni per la prevenzione delle condotte suicidarie*. *Psicoterapia e Scienze Umane* vol. XLVII, N°4, 658-662 Ed. Franco Angeli 2013
34. Pellegrini P., *Per una psichiatria senza Ospedali Psichiatrici Giudiziari*. Franco Angeli, 2015
35. Pellegrini P., *Se lo psichiatra è "colpevole" per il suicidio di una sua paziente*. *Quotidiano Sanità*, 9, ottobre 2016 http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=43750&fr=n
36. Pellegrini P, Paulillo G., Pellegrini C., *La medicina custodiale? Non è possibile*. in *L'Altro*, anno XX n. 1 Gennaio-Giugno 2017, 23-27
37. Pellegrini P., *Il paziente psichiatrico suicida od autore di reato. Contenuti e limiti nei doveri di cura*. *Rassegna Italiana di Criminologia* Anno XII, N.2 2018, 96-104, Pensa MultiMedia Ed.
38. Pizzi G., *L'apertura delle REMS psichiatriche: premesse e conseguenze*. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2016, L, 1: 123-129.
39. Piccione D. *Il pensiero lungo*. Franco Basaglia e la Costituzione. Alpha beta Verlag, Merano (BZ) 2013
40. Pompili P., Nicolò G., Ferracuti S., *Dagli Opg alle Rems. Ma i medici non possono fare i poliziotti*. in *Quotidiano Sanità*, 2 novembre 2016
41. Ponti G., Merzagora I., *Psichiatria e giustizia*. Raffaello Cortina Editore, 1993.
42. Pozzi E., *Responsabilità in psichiatria: una nota*. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2008, XLII, 2: 219-223.
43. Pozzi E., *Posizione di garanzia: premessa necessaria per la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)*. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2015, XLIX, 3: 480-486.
44. Rossi S. (a cura di), *Il nodo della contenzione. Diritto, psichiatria, dignità della persona*. Alpha Beta Verlag, Merano, 2015.
45. Scapati F., Suma D. & Ferrannini L., *Il tema dei confini dell'agire psichiatrico. Considerazioni a margine della sentenza della Cassazione 10795, IV Sez. Pen. (Dep. 11.3.2008)* *Psichiatria di Comunità*, 2008, VII, 4: 222-231. Edizione su Internet: http://www.psichiatriadicomunita.it/upload/documenti/PDF20081125_6210877.pdf
46. Tarantino C., *La strategia della lumaca. Appunti sulla dismissione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2015, XLIX, 3: 447-463.
47. Venturini E., *Riflessioni su una sentenza* Fogli di Informazione, 2008, 01-06: 207-210
48. Venturini E., Casagrande D., Toresini L., *Il folle reato. Il rapporto fra responsabilità dello psichiatra e la imputabilità del paziente*. Franco Angeli Ed., 2010
49. Venturini E., in De Mattos V *Una via d'uscita. Per una critica della pericolosità sociale e della misura di sicurezza. L'esperienza dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Belo Horizonte*. Alpha Beta Verlag, Merano (BZ), 2012.
50. Volterra V. (a cura di), *Psichiatria forense, criminologia ed etica psichiatrica*. Masson, Milano, 2006.
51. WHO Quality Rights Tool Kit *Assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities*. 2012
52. Zaccariello R., *Questioni in tema di responsabilità penale dello psichiatra per condotte auto- o etero-lesive poste in essere dal paziente*. Relazione al convegno *La responsabilità professionale dello psichiatra: il primato della clinica e la posizione di garanzia*, Bologna, 21 novembre 2008. Vedi sito web <http://www.psichiatria.it> > Articoli e News > La vicenda processuale del Dott. Pozzi > Questioni in tema di responsabilità penale dello psichiatra.

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 Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

Mauro Percudani e Massimo Clerici

Segretario:

Carlo Fraticelli

Vice-Segretario:

Giovanni Migliarese

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini
Franco Spinogatti
Gianmarco Giobbio
Luisa Aroasio
Carla Morganti
Federico Durbano
Alessandro Grecchi
Camilla Callegari
Antonio Magnani
Laura Novel
Pasquale Campajola
Giancarlo Belloni
Marco Toscano
Antonio Amatulli
Caterina Viganò

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Francesco Bartoli
Giacomo D'Este
Filippo Dragona
Claudia Palumbo
Lorenzo Mosca
Matteo Rocchetti

Membri di diritto:

Claudio Mencacci
Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni