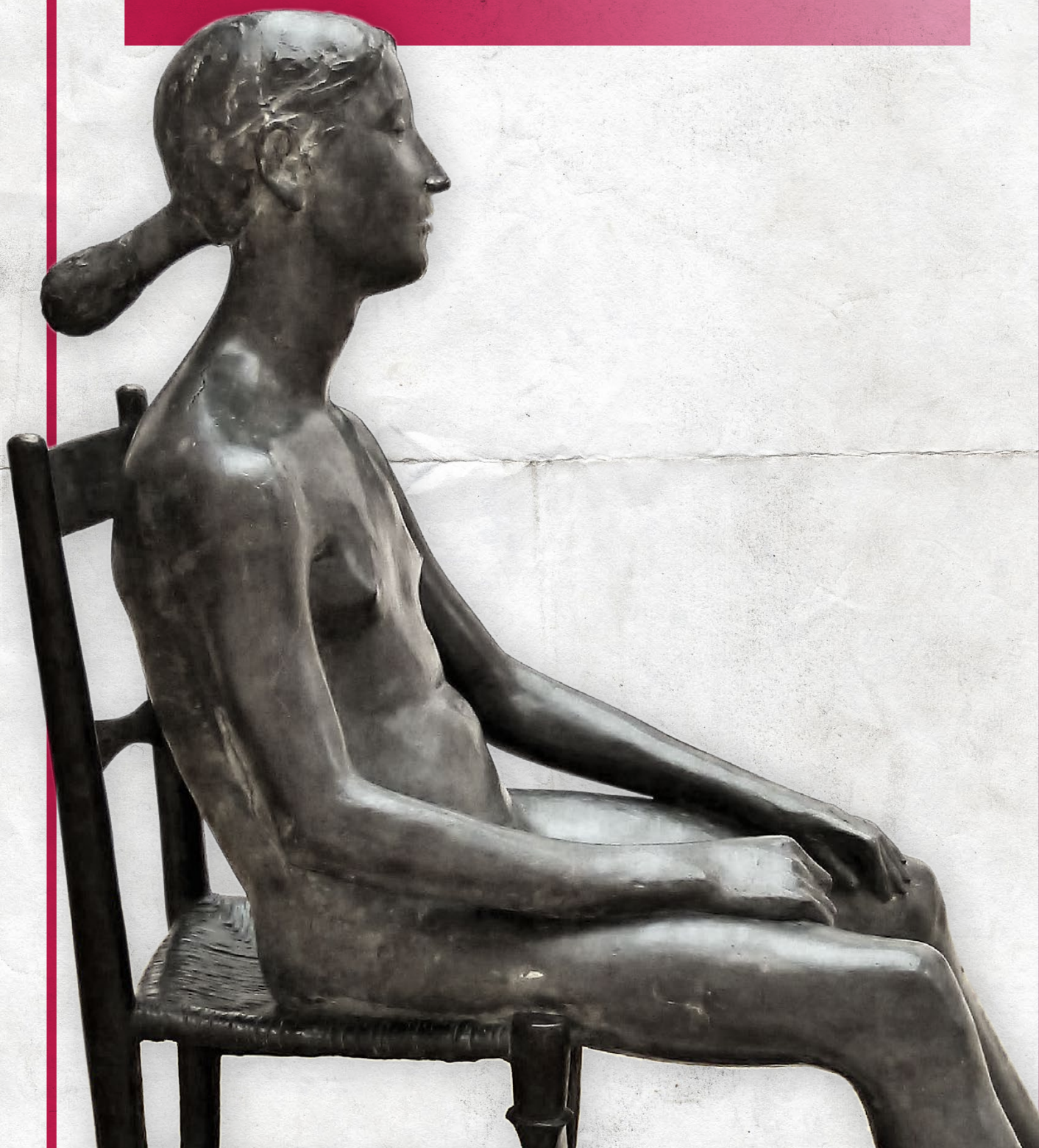




PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

Anno XXXVI • n. 1 • gennaio – giugno

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

Fondata da:
Alberto Giannelli

Diretta da:
Giancarlo Cerveri (Lodi)

Comitato di Direzione:
Massimo Clerici (Monza)
Mauro Percudani (Milano Niguarda)

Comitato Scientifico:
Carlo Fraticelli (Como)
Giovanni Migliarese (Vigevano)
Gianluigi Tomaselli (Triviglio)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Gianmarco Giobbio (San Colombano)
Luisa Arosio (Voghera)
Carla Morganti (Milano Niguarda)
Federico Durbano (Melzo)
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)
Camilla Callegari (Varese)
Antonio Magnani (Mantova)
Laura Novel (Bergamo)
Pasquale Campajola (Gallarate)
Giancarlo Belloni (Legnano)
Marco Toscano (Garbagnate)
Antonio Amatulli (Vimercate)
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)
Emi Bondi (Bergamo)
Pierluigi Politi (Pavia)
Emilio Sacchetti (Milano)
Alberto Giannelli (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Massimo Rabboni (Bergamo)

Segreteria di Direzione:
Silvia Paletta (ASST Lodi)
Matteo Porcellana (ASST GOM Niguarda)
Davide La Tegola (ASST Monza)

Responsabile Comunicazione Digitale:
Federico Grasso (Lodi)

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.

IN PRIMO PIANO

- 4** La difesa del diritto alla cura per i soggetti affetti da patologia psichiatrica di Cerveri G.
- 9** Proposta di programma per la Salute Mentale in Regione Lombardia Documento Congiunto CPPL-SIPLO-SIP
- 11** "Uscire dal convento" per andare verso una psichiatria postnormale di Toscano M.
- 14** Chi pensa alla salute mentale oggi? di Vender S.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

- 21** La sperimentazione del Budget di salute dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano di Ferrario S., Grecchi A., Alaia M., Bordonaro V., Caccia A., Pisciotto G., Raguso V., Miragoli P.
- 26** Gli Interventi Assiſiti con gli Animali nei contesti psichiatrici di Guarisco C., Paganini M.A., Suter R.
- 34** "Piacere di conoscerti" Progetto pilota di Intervento Assiſito dall'Animale in contesto grupale dedicato agli utenti dei CPS afferenti al Progetto Giovani di Luchetta G.A., Collodello S., Carnevali S., Durbano F.
- 43** Emergenza Chemsex Mpdv, sessualità e rischio psicopatologico di Pinamonti H., Clerici M.
- 61** Percorsi intensivi territoriali di riabilitazione psicosociale con la metodologia del Budget di Salute: il Piano Urbano 2022-2024 di Polizzi M., Massarotto F., D'Avanzo B., Perillo A., Porcellana M., Morganti C., Percudani M.
- 68** Dai "percorsi di cura integrati per i minori autistici e le loro famiglie" alla visione inclusiva e continuativa dell'autismo del progetto "per.V.In.C.A" di Resi C., Quintini T., Contini R., Chiominto I., Cerveri G.

PSICHIATRIA FORENSE

- 74** L'attualità: ragione e sentimento in materia di esecuzione penale dei pazienti autori di reato. di Amatulli A.
- 81** Prospettive e limiti della gestione del paziente forense tra "territorio" e "giustizia" di Provenzi M., Lagazzi M., Di Forti C.L., Affaticati L., Carrara G., Crespi G., Viganò D., Clerici M.
- 86** La detenzione domiciliare a persona affetta da gravi problematiche psichiatriche di Mantovani R. e Mantovani L.

CONTRIBUTI DA ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

- 88** CONTRIBUTO AITERP – ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA (ATS)
The world forgetting, by the world forgot
Un passo indietro...tre in avanti.
Una riflessione riabilitativa sulla condizione di Abelardo ed Eloisa di Fossati E.M., Racioppi L., Scagliarini V.
- 92** CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.
IPronto soccorso psichiatrico ad accesso diretto in psichiatria: evoluzione o involuzione? Uno studio qualitativo di De Paola T., Romano F., Elsa V.

ANGOLO DELLA REDAZIONE

- 104** La vita del mondo che verrà di Giannelli A.
- 110** Sindrome della rassegnazione: uno sguardo alla complessità di Pantalone A.
- 115** Rosalba Terranova Cecchini
Una vita per la psichiatria e la transcultura di Aliverti M.

Prospettive e limiti della gestione del paziente forense tra “territorio” e “giustizia”

di Milena Provenzi, Marco Lagazzi⁺, Carla Laura Di Forti*°, Letizia Affaticati*°, Gianluca Carrara*°, Giovanna Crespi[§], Daniele Viganò*, Massimo Clerici*°*

Il sistema normativo giudiziario di gestione dell’infermo di mente autore di reato pone le sue basi operative in un modello di Psichiatria — e di Psichiatria Forense — ancorato a criteri e concezioni ormai datate e dai più, ad oggi, considerate obsolete, sia dal punto di vista scientifico, sia da quello della coerenza tra le risposte date al paziente “tradizionale” dei Servizi e quelle imposte all’autore di reato “infermo di mente”. Di fronte a modelli che non hanno visto possibilità di emendamenti in grado di offrire una revisione accettabile dai molti che li utilizzano, il Legislatore ha cercato — nel corso dei decenni — di proporre possibili soluzioni adattive. Una delle più importanti, tra queste, parte dall’ampliamento dell’area di infermità ai Disturbi di Personalità, per poi giungere alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) ed alla sentenza n. 22 del 2022 della Corte Costituzionale che ha enfatizzato l’importanza dello scopo terapeutico delle Residenze per l’esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) rispetto a quello meramente contenitivo. Tali innovazioni, che non intaccano le nozioni centrali di imputabilità e di “pericolosità sociale psichiatrica”, sembrano però determinare effetti decisamente negativi in un sistema oggi sempre meno gestibile: l’incremento dei tempi di permanenza dei pazienti nelle REMS (di oltre il 55% dal 2018 al 2022); la sussistenza di “liste di attesa” che spesso risultano esiziali per la continuità di cura del paziente forense; nonché l’improprio impiego della Residenzialità Psichiatrica (Comunità) — se non degli SPDC — per l’accoglimento a medio/lungo termine di soggetti ad alto rischio di ricaduta clinica e

comportamentale. Appare sempre più rilevante, quindi, la necessità di definire e valorizzare la valenza operativa dei protocolli di co-gestione del paziente tra fase peritale e DSMD, nel contesto di una ormai avanzata “crisi della perizia” quale strumento valutativo.

Quanto ciò premesso si inserisce anche nella sempre più profonda “crisi organizzativa” del DSMD, tra carenze logistiche, perdita costante di risorse e richieste continue di allargare le aree di intervento creando Servizi per popolazioni complesse che spingono prepotentemente la psichiatria verso il “controllo sociale” (comportamenti antisociali dell’adulto, “doppie diagnosi”, disabilità gravi, “transizioni complesse tra NPIA ed età adulta di soggetti ad esordio psicopatologico precoce, etc.). Ne sono derivate, ormai da anni, difficoltà culturali e strutturali nel dare risposte al segmento di pazienti la cui complessità attribuiamo, spesso per semplificazione, all’area delle comorbilità tra gravi disturbi di personalità e/o psicosi, deficit cognitivi gravi, uso di sostanze “vecchie e nuove” e marginalità emergenziale diffusa: tali difficoltà impongono oggi una riflessione articolata di carattere organizzativo, rispetto alla quale probabilmente — abbandonando ogni deriva ideologica — occorre recuperare le fondamenta della stessa missione di intercettazione del disagio e di cura del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD). Si rende infatti necessario e, nell’attualità con sempre maggiore forza, un meditato contributo alla definizione di aggiornate modalità di risposta ai nuovi pazienti forensi e, soprattutto, di confronto stabile con la Magistratura: obiettivi, questi, che certamente non possono esaurirsi solo con protocolli esortativi di buone

prassi, ma che devono essere allargati alla funzione di integrazione terza operata — tra i due grandi sistemi della Cura e del Giudizio — dal perito e dal consulente del PM cui è delegata, abitualmente, quell'attività di mediazione che, purtroppo, rimane concettualmente ed operativamente debole, sia dal punto di vista epistemologico che operativo.

Tenendo conto del sempre facile rischio di una “fuga” in avanti nella gratificazione di lodevoli asserzioni prive di attuabilità e di significato concreto, il gruppo di lavoro forense della SC di Psichiatria dell'IRCCS San Gerardo dei Tintori di Monza ha scelto di valorizzare tali riflessioni mediante un'indagine preliminare su alcuni dei differenti parametri definitori dell'effettiva identità del paziente forense, scegliendo come area di esame più attuale il Servizio SPDC, crocevia spesso ineluttabile nella “carriera” psichiatrica, ma anche tossicomana e deviante /criminale, dei soggetti autori di reato con disturbi mentali che affluiscono a questo territorio e non solo grazie alla presenza di un'importante Casa Circondariale (CC) che risponde — in termini di salute mentale — al DSMD dello stesso IRCCS (già ASST).

L'OSPEDALIZZAZIONE IN SPDC DEI PAZIENTI AUTORI DI REATO

Al fine di analizzare i ricoveri dei pazienti autori di reato avvenuti presso l'SPDC della SC di Psichiatria dell'Ospedale San Gerardo (IRCCS) — con i conseguenti oneri clinici a carico del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) — è stato condotto uno studio retrospettivo includendo i pazienti autori di reato maschi (la Sezione femminile della CC di Monza è stata smantellata da tempo) ammessi all'SPDC stesso negli anni 2007-2022 attraverso la consultazione dell'archivio delle lettere di dimissione dei soggetti ricoverati. Il reparto ospedaliero in cui è stato svolto lo studio in questione (SPDC) è costituito, ad oggi, da 15 posti letto covid-free e da 2 posti adibiti ad area di isolamento nel caso di pazienti positivi a TNF per ricerca di SARS-CoV2 (numeri

variabili nel tempo) con possibilità di estensione — in caso di necessità — a 20 posti complessivi (il massimo numero “storico” di posti letto, nel periodo in cui è avvenuta la raccolta dati, si segnala essere stato di 21). Presso l'SPDC di Monza prestano servizio medici, infermieri ed operatori sanitari afferenti al DSMD dell'IRCCS San Gerardo dei Tintori di Monza.

Lo studio è di tipo osservazionale trasversale ed è stato appunto svolto su un campione di soggetti autori di reato transitati dall'SPDC, includendo sia quelli provenienti dalla CC di Monza, sia dalle strutture del territorio e residenziali di degenza dello stesso IRCCS. Nella fase di campionamento sono stati raccolti i dati di 204 lettere di dimissione, appartenenti a 120 pazienti autori di reato consecutivamente ammessi in SPDC, che sono stati inseriti in un database in forma totalmente anonima (con elaborazione attraverso il programma SPSS: per le variabili categoriche è stato effettuato il Test esatto di Fisher, mentre per i valori continui si è adoperato il t-test a campioni indipendenti con significatività statistica fissata al 5%).

RISULTATI PRELIMINARI

Del campione di 120 pazienti autori di reato, 98 (pari all'81,7%) hanno effettuato un solo ricovero, 17 (14,2%) ne hanno effettuati un numero compreso tra 2 e 5, mentre 5 soggetti (4,1%) sono stati ricoverati più di 5 volte. L'osservazione dell'andamento dei ricoveri durante il periodo in esame ha messo in luce un incremento quasi lineare nel numero assoluto delle ospedalizzazioni dei pazienti autori di reato: fino al 2010 i ricoveri annui non superavano i 3, mentre il numero degli accessi dal 2019 risulta essere superiore ai 20 (Figura 1). Tale dato si riflette in un aumento della percentuale dei “ricoveri forensi” sui ricoveri totali: da 0,2% a 12% rispettivamente nel 2007 e nel 2022 (Figura 2). È interessante inserire tali dati all'interno della cornice storica in cui è avvenuto il “passaggio di testimone” dal Ministero della Giustizia a quello della Sanità anche in Regione Lombardia, con il consequenziale impatto della

cura dei pazienti autori di reato nell'ambito dei DSMD, in particolare nelle cure degenziali.

Il 46,6% (n=95) dei ricoveri proveniva dal carcere, che si configura come la principale struttura di provenienza, seguito dalle Strutture Residenziali (27%, n=55), dal domicilio (11,8%, n=24) e dal Reparto Osservazione Psichiatrica (ROP) della CC di Monza (10,8%, n=22). Il restante 4% del campione (n=8) era stato condotto al ricovero da un altro SPDC (n=3), dagli arresti domiciliari (n=2), dalla Polizia di Stato (n=1) o da una REMS (n=1). Le diagnosi *lifetime* più rappresentate (secondo la classificazione dell'ICD-10) risultano essere i disturbi psicotici (39,2%, n=47) e i disturbi di personalità (37,5%, n=45), mentre le sindromi affettive non superano il 10,8% (n=13) del totale. Il restante 12,6% (n=15) presentava come diagnosi principale un disturbo psichico di natura organica (n=5), dipendenza da sostanze (n=6), disturbo ansioso (n=2) o altro disturbo comportamentale/emozionale (n=2) (Figura 3). Il 55% (n=66) dei pazienti in esame aveva, inoltre, un'anamnesi positiva per uso di sostanze.

Per quanto concerne la durata media del ricovero, essa si attesta intorno ai 20 giorni per il campione totale, per salire vertiginosamente a 77 giorni per i pazienti in attesa di trasferimento in REMS (Figura 4). Risulta invece inferiore alla media del campione per gli individui dimessi presso il carcere (10 giorni) e il ROP (12 giorni). Si segnala, peraltro, che la degenza media nell'ambito dell'SPDC del San Gerardo si attesta intorno a 13 giorni.

Nel campione in oggetto, il tentato suicidio come motivo di ricovero si associa ad una degenza ospedaliera significativamente più breve (13 giorni; $p=0,032$): si può notare che dei 55 pazienti ospedalizzati per tentato suicidio, 41 (74,5%) provenivano dal carcere. Si è osservato altresì che i pazienti ricoverati a seguito di agiti etero-aggressivi presentavano una degenza media significativamente più ampia rispetto a coloro che accedevano per altri motivi (27 giorni; $p=0,031$). Infine, i ricoveri più lunghi correlano ad un numero medio maggiore di eventi avversi (44,1 vs. 17,4; $p=0,001$).

DISCUSSIONE

Questi dati, seppur limitati ad un solo SPDC e decisamente preliminari, mettono in evidenza come i ricoveri in psichiatria dei pazienti autori di reato siano progressivamente aumentati negli anni, delineando un sottogruppo di popolazione caratterizzato da una degenza ospedaliera più lunga e che tende a protrarsi maggiormente per i soggetti in attesa di essere ammessi alle REMS. La formazione di tale "lista d'attesa" — progressivamente in espansione nelle più diverse realtà regionali italiane — non fa altro che gravare in maniera sostanziale, dal punto di vista organizzativo, sul DSMD e, per quanto riguarda quello clinico, sulla salute dei pazienti, i quali si trovano così esposti anche ad un rischio più elevato di eventi avversi. Se l'attività di cura ed assistenza costituisce tuttora, infatti, la missione specifica e fondante del DSMD che si sviluppa attraverso l'insieme dei propri interventi, gli aspetti di "difesa sociale", sembrano — in questa fase storica — preponderanti e arrivano a gravare, in maniera spesso esagerata, sulle strutture del DSMD. Ne deriva che il ricorso a strutture psichiatriche di degenza deve essere assolutamente limitato nel tempo ed utilizzato secondo precisi criteri di appropriatezza, oltre che per intensità di cura.

Un corretto percorso di continuità assistenziale e terapeutico-riabilitativa dovrebbe essere basato su un'attenta valutazione clinico-diagnostica preliminare, sull'inquadramento farmacologico, psicosociale e riabilitativo a seguire, nonché sul monitoraggio clinico a distanza e sulla continua rivalutazione del paziente, anche dopo la dimissione. Una continuità di cura intesa sia in senso longitudinale, mediante una serie costante di contatti sul lungo periodo, sia in senso *cross-sectional* tra i vari Servizi coinvolti, potrebbe garantire una migliore gestione della dimensione relazionale, intesa come accurata conoscenza del paziente e delle sue caratteristiche, nonché della dimensione gestionale, intesa come migliore condivisione dei percorsi terapeutici individualizzati (PTI). In quest'ottica, anche e soprattutto la collaborazione del DSMD con il

perito consente di evitare la creazione di disposizioni non attuabili che mettono spesso a repentaglio l'attuazione del percorso di cure con tutti i rischi connessi — per il paziente autore di reato — in termini di salute e sicurezza. A tale riguardo, in estrema carenza di posti all'interno delle REMS, in molte regioni si è diffusa la 'prassi' di collocare i pazienti autori di reato in ambito ospedaliero all'interno dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC). Le ragioni fondanti tale prassi possono essere perlopiù attribuite alla disparità fra tempo della giustizia e tempo della cura.

Il tempo della giustizia — ad ispirazione del concetto greco di *krónos* — è un tempo lineare, concepito come successione di istanti, nella sequenza cronologica e quantitativa tipica del Tribunale (in Anassimandro, il tempo viene descritto come una legge inesorabile che condiziona le vicende degli esseri umani che si svolgono all'interno di un contesto ordinato e in una successione di eventi e di fatti ordinata appunto nel tempo). Il tempo della Giustizia segue pertanto 'leggi' diverse dal tempo della Cura — più pertinente al concetto greco di *kairòs* — che si fonda sul momento opportuno, dove azione e tempo si pongono al servizio della cura stessa. A questi tempi simbolici non può mancare però anche il tempo del paziente — *aion* — che si declina come un tempo trascendente e assoluto, diverso dai precedenti, e che scorre nelle intermittenze e anacronie dell'esistenza personale. È nel tempo del paziente che possiamo cogliere l'angoscia dell'attesa di un provvedimento, di una diagnosi, di un'ordinanza...

Alla luce di tale discronicità dei tempi, la responsabilità reciproca dovrebbe essere l'elemento unificante e integrante di un "patto" multiplo che consideri i fattori fondamentali operanti in ambito clinico e giuridico per l'individuazione di un "percorso dedicato" al paziente autore di reato che consideri in sequenza, oltre alla tipologia del reato, la gravità del quadro clinico, nonché la trattabilità ed il bisogno di sicurezza e di controllo. In tale ottica è utile precisare che il ricovero in SPDC risulta appropriato se limitato alla fase acuta della patologia,

alla definizione di un percorso diagnostico accettabile che, forse, risulta decisamente deficitario nel contesto carcere e, soprattutto, alla impostazione di una adeguata terapia. Le sole considerazioni di natura giudiziaria non sembrano sufficienti nel prolungarlo. L'allungamento dei giorni del ricovero, infatti, determina problematiche di mancanza di sicurezza nell'ambiente di Reparto: questo nei termini di rischio di agiti, sia commessi che subiti, da parte dei pazienti autori di reato, nonché di reiterazione del reato stesso in caso di dimissione dal luogo detentivo, se conseguente immediatamente al ricovero.

CONCLUSIONI

Il tema della discronicità tra i tempi e i modi della cura e quelli della giustizia è stato ampiamente trattato dalla letteratura psichiatrica e criminologica degli ultimi decenni, così come quello della capacitazione del paziente autore di reato, a favore di un percorso di investimento nei suoi confronti, diretto alla coesistenza tra le esigenze di trattamento del singolo e quelle di difesa sociale rispetto ai comportamenti dello stesso. Peraltro, a questi fondamentali concetti, si deve associare la nozione della "posizione di garanzia" che, comunque, pone in capo al curante, ma anche ad un numero sempre più ampio di figure sanitarie (per giungere perfino al perito ed al consulente del PM), la paradossale responsabilità di assommare in sé la funzione di cura ma anche quella di tutela della collettività, in un contesto nel quale le "regole del gioco" della gestione del paziente forense sono definite da quella stessa "Legge e Giustizia" che, in caso di evento avverso, indagherà e nel caso giudicherà l'operatore. Quanto in oggetto delinea una realtà dura, nella quale i pazienti, ma anche i curanti e gli stessi magistrati, si trovano costretti ad operare in un labirinto nel quale l'enorme iato che separa norme — forse radicali — e risorse — strutturalmente carenti — si traduce troppo spesso in percorsi di grande difficoltà, se non impossibili, il cui onere è pagato prima di tutto dai soggetti fragili, anche sotto forma di autolesionismo se non di suicidalità.

È dunque necessario interrogarsi ancora una volta, a questo punto, sulla necessaria ma onerosa dimensione della “contaminazione” tra sfera clinica e sfera giudiziaria, per la quale la seconda — in crescente misura — “invade” la prima, come attestano il trend di degenza in SPDC degli autori di reato, ma anche l’incidenza di soggetti in Misura di Sicurezza o, addirittura, in arresti domiciliari, inseriti in quelle strutture comunitarie che si basano su un modello di intervento e di cura del tutto differente (se non contrario) dai fini di segregazione e controllo insiti appunto nel contesto giudiziario.

Nello stesso tempo non può non essere ricordato come una possibile modifica del sistema normativo della imputabilità e della “pericolosità sociale” sia ancora del tutto al di là di qualsiasi orizzonte visibile e che, conseguentemente, la Magistratura può soltanto applicare le regole vigenti, al massimo giungendo a soluzioni estemporanee che — come il gravare di ulteriori funzioni lo strumento peritale e i DSMD — non rappresentano alcuna reale evoluzione del contesto, ma anzi possono esporre gli operatori ed i pazienti a nuove ed imprevedute difficoltà.

Nelle more della riflessione sui modelli teorici e sulla dimensione applicativa di queste necessarie risorse aggiuntive, i “pazienti forensi” appaiono sempre più complessi, connotati da comorbilità multiple tra disturbi mentali, uso di sostanze e — sempre più frequentemente — problematiche derivanti da deficit cognitivi anche gravi: costoro necessitano, allora, di interventi sempre più urgenti e complessi, tali da imporre risposte immediate e quindi inevitabilmente connotate dall’uso di strutture e metodi impropri, resi necessari dalla contingenza della situazione. In modo apparentemente paradossale, si può forse ritenere che una conseguenza a lungo termine della logica di de-istituzionalizzazione (de-manicomializzazione), giunta oggi alla sua migliore espressione con la chiusura degli OPG e la residualità della REMS, sia stata proprio quella di “forzare” i Servizi Psichiatrici a trattare i pazienti autori di reato secondo una logica comunque segregativa e di “difesa sociale”?

In questa logica, di reale ed effettiva trans-istituzionalizzazione, la funzione selettiva e sanzionatoria della Giustizia resta invariata, ma viene più o meno consapevolmente delegata alla funzione terapeutica, che assume vesti para-giudiziarie, ed a quella peritale, che assume vesti para-terapeutiche.

Ci troviamo oggi, quindi, al crocevia di un bivio, nel quale — da un lato — al Servizio Territoriale si pone la sfida di esplicitare questa assunzione di funzioni, regolamentandola al proprio interno anche in modo perlopiù empirico ed estemporaneo: disinnescando la componente “inquinante” di tale assunzione, come potrebbe ad esempio avvenire con la netta differenziazione — nelle Unità di Psichiatria Forense territoriali — tra un’equipe valutativa ed una terapeutica, si rivendica invece l’utilità della funzione psichiatrico-forense come parte del processo di intervento sul paziente, con tutte le riflessioni a ciò correlate. Dall’altro lato, si può opporre l’opzione di una nuova stagione di distanziamento dalle esigenze forensi dei pazienti, tuttavia irrealizzabile e di fatto omissiva, non essendo oggi più pensabile il ritornare a modelli di gestione differenziata e non integrata del paziente forense, già giustamente criticati decenni fa ed oggi inevitabilmente disattivati da eventi drammatici che, sempre più frequentemente, colgono la psichiatria tutta impreparata (*).

(* *In ricordo di Barbara Capovani*)

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze IRCCS San Gerardo dei Tintori Monza, SC di Psichiatria*

+ *Servizio Clinico Forense, Impresa Sociale ControVento, Milano*

° *Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi Milano Bicocca*

§ *Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze ASST Brianza, SerT*

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.

Presidente:

Mauro Percudani, Milano

Presidente Eletto

Massimo Clerici, Monza

Segretario:

Giovanni Migliarese, Vigevano

Vice-Segretario:

Matteo Porcellana, Milano

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli, Treviglio

Consiglieri eletti:

Antonio Amatulli
Luisa Aroasio
Stefano Barlati
Scilla Beraldo
Giorgio Bianconi
Debora Bussolotti
Paolo Cacciani
Camilla Callegari
Simone Cavallotti
Federico Durbano
Gian Marco Giobbio
Alessandro Grecchi
Carlo Fraticelli
Carla Morganti
Silvia Paletta
Nicola Poloni
Paolo Risaro
Matteo Rocchetti
Marco Toscano
Caterina Viganò

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

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

Membri di diritto:

Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni
Claudio Mencacci