



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

Anno XXXVI • n. 2 • luglio – dicembre

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

- 6** Psicosi e uso di sostanze un legame complesso che necessita di uno sguardo libero
di Cerveri G.
- 13** La salute mentale in Italia oggi: non "solo" un problema di finanziamenti
di Calò P.
- 17** L'indifferenza: ottavo vizio (o peccato) capitale o disturbo della personalità?
di Giannelli A.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

- 24** La scatola dei balocchi: studio esplorativo per la rilevazione dei comportamenti di azzardo nei giovani
di Barbini D., Caimi A., Coppin P., Redaelli S.F., Scaramuzzino M.F., Micheli D., Negri A.
- 33** Stigma e malattia mentale: opinioni ed atteggiamenti all'interno dei servizi di cura Indagine multicentrica nel territorio lombardo
di Costa A., Camastra M. e Zilioli L.
- 43** Disturbo depressivo maggiore nell'anziano: trattamenti evidence-based e nuove prospettive
di Dibenedetto, C., Masserini, A., Corbelli, M., Giordano B., D'Agostino, A., Cavallotti S.
- 51** Riabilitazione psichiatrica: dall'urgenza alla costruzione di nuovi percorsi
di Grecchi A., Casula V., Campagna V., Vairano F., Beraldo S., Miragoli P.
- 56** Gli psichedelici tra passato e presente
di Toscano M.
- 66** Un'esperienza pluriennale in un dipartimento di salute mentale dall'introduzione dell'amministrazione di sostegno
di Vender S.

PSICHIATRIA FORENSE

- 75** Breve discorso sulla pericolosità sociale e la psichiatria
di Amatulli A.
- 81** L'elefante nella stanza. Imputabilità e libertà di cura
di Ballantini M.
- 83** La sorveglianza del paziente per evitare autolesioni o il suicidio è doverosa
di Mantovani R.

CONTRIBUTI DA ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

- 85** CONTRIBUTO ATS AITERP - ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA
Quesiti aperti sugli esordi del disagio psichico: passaggio da uopia a uop-dsm
di Fioletti B., Casella N., Scagliarini V.
- 91** CONTRIBUTO DI SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE (S.I.S.I.S.M.)
L'impatto della pandemia da Covid-19 sull'organizzazione del DSM. Il ruolo dell'Infermiere tra decisione, responsabilità, educazione e complessità
di De Paola T., Staltari M., Moro C.G.

ANGOLO DELLA REDAZIONE

- 98** Luci e Ombre della Solitudine.
Manuela Barbarossa, Alberto Giannelli e Marialfonsa Fontana Sartorio di Cerveri G.

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it



PSICHIATRIA FORENSE

Un breve discorso sulla pericolosità sociale e la psichiatria.

di Antonio Amatulli

DIRETTORE DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE ASST BRIANZA

La pericolosità sociale rappresenta attualmente il centro di un ampio e intenso dibattito tra le diverse categorie di addetti ai lavori, tutte per altro d'accordo a considerarla un istituto che presenta diverse criticità.

Nata con evidenti ragioni di prevenzione generale (evitare la commissione di ulteriori reati attraverso il controllo della persona), attraverso la vigenza della Costituzione e le sentenze della Corte costituzionale n. 253/2003, n. 367/2004, n. 208/2009, così come la L. 663/1986 (Gozzini), si è di fatto spogliata del sistema repressivo di presunzione per arrivare, a oggi, al significato di prognosi criminale attuale rispetto a quel dato soggetto nelle presenti situazioni, condizioni e psicopatologia, con una dimensione ormai chiaramente bipartita tra finalità di custodia e di cura.

La connotazione negativa che spesso coinvolge il concetto di pericolosità nell'ambito del pensiero psichiatrico (se mai ne esista uno, inteso come *unicum*) non sembra però riflettersi pienamente in ambito normativo, dove sicuramente con la legge 81 del 2014 l'intervento a ridimensionarne la portata è piuttosto evidente (limiti per la base del giudizio di pericolosità sociale), ma dove,

ancora, la portata innovativa di questi interventi è stata poi ridimensionata dalla Corte di cassazione.

La pericolosità sociale per pazienti non imputabili o semimputabili è viva, e vive insieme a noi, ci piaccia o meno.

PERCHÉ È UN ISTITUTO IN CRISI E COSA SI PUÒ FARE.

La crisi del concetto di pericolosità sociale, anche spogliatosi della presuntività con cui era nato, origina dalla indeterminatezza e scarsa fondatezza scientifica di ogni (tentativo di) prognosi criminale. Questione a cui si aggiungono forti perplessità per così dire di dottrina, quali un certo *fumus* di anticostituzionalità e, nell'ambito del sapere psichiatrico, evidenti perplessità sulla verificabilità di tale prognosi così come sulla pesante cornice stigmatizzante che la caratterizza.

Andare però con ordine permette, poi, di trarre qualche conclusione di dimensione pratica e, forse, declinabile nelle attività quotidiane di un DSMD.

In premessa potrebbe essere utile ricordare che una qualche prognosi criminale è in altre sedi od occasioni richiesta ed esercitata senza scandalo. Parliamo, ad esempio, delle discipline della messa alla prova o della

sospensione condizionale della pena. La messa alla prova, nello specifico, è da qualche anno possibile esclusivamente quando il giudice definisce come idoneo un programma di trattamento che gli viene sottoposto, e solo se riterrà che l'imputato, così, si asterrà dal commettere altri reati. Il tutto, in sovrappiù, utilizzando i (medesimi) criteri dell'art. 133 c.p.

La prognosi criminale parte da elementi che facilmente potremmo definire indiziari, cioè elementi (del passato) che, insieme, portano con margine (più o meno) indefinito di errore a determinate conclusioni. Nel nostro caso, che il soggetto compia o non compia altri fatti di reato. E già qui, partiamo con elementi di fragilità. Poi, se abbiamo messo in fila elementi "indiziari" correttamente e solidamente, potrebbe anche accadere che situazioni, non previste, nei teatri futuri alterino quanto appariva concretamente prevedibile, determinando traiettorie differenti dal preveduto. Una realtà *in divenire*, secondo la Cassazione (Cabiale, 2022).

Che dire, poi, del già citato *fumus* di anticostituzionalità. Tutto, come sempre, gira intorno all'art. 27 Cost. In primo luogo, infatti, domandare se il soggetto sia pericoloso socialmente implica la (verosimile) attribuzione al soggetto di un fatto di reato (non commesso), stridendo così con la presunzione di innocenza contenuta nel medesimo articolo 27. E, in secondo luogo, se la responsabilità del soggetto sottoposto a perizia non è dimostrata, egli non riconoscendola oppure mancando adeguati indizi, ancora la richiesta direttamente posta al perito se il soggetto sia pericoloso potrebbe risultare ancora una volta poco conciliabile con il relativo secondo comma (*l'imputato non è considerato colpevole sino alla condanna definitiva*) (Collica, 2008).

Tutto ciò senza considerare il versante clinico della pericolosità sociale, la pericolosità sociale psichiatrica. Quante volte gli psichiatri hanno sostenuto di "non avere la palla di cristallo" (a volte però pericolosamente strambando tra diagnosi appioppate all'impronta e sfuocati inquadramenti di indefiniti e cangianti quadri

clinici e comportamentali), anche se, alla fine, qualcosa possiamo riconoscere di sapere circa l'evoluzione dei quadri psicopatologici presentati, ben lontani dall'obbligo dell'infallibilità. Ciò detto, troppi elementi situazionali possono incidere magari non sul quadro generale della situazione clinica, preso nella sua globalità, o almeno non troppo, quanto piuttosto su aspetti puntuali e momentanei, determinando svolte improvvise non altrimenti prevedibili.

Certamente, a oggi alcune problematiche sul tema della pericolosità sociale continuano a emergere. Solo come esempi, l'assenza di proporzionalità con il reato commesso, l'assenza di limite temporale delle misure non detentive e l'utilizzo in qualche modo opportunistico della libertà vigilata nei casi in cui, definita una misura detentiva, questa non risulti applicabile per assenza di posti in REMS.

La proporzionalità con il reato commesso, comunque, potrebbe evidenziare istante punitive (retributive) che mal si conciliano con le finalità ormai per buona parte definibili come sanitarie dell'intervento di prevenzione speciale, distaccando le valutazioni di necessità dalle dimensioni psicopatologiche attuali.

L'assenza di un limite temporale delle misure non detentive, invece, da una parte abbandona il connotato stigmatizzante e repressivo attraverso le rivalutazioni periodiche nella fase esecutiva, e dall'altra parte si ancora alle necessità di cura, le quali mal si adattano a una definizione aprioristica del tempo necessario della loro applicazione.

Infine, l'uso sopra definito opportunistico della libertà vigilata nei casi di perdurante impossibilità alla esecuzione di una misura detentiva trova rilievi critici in quanto, sollevando gli attori (magistratura per prima) da sentimenti (o realtà) di impotenza, espone il reo, verosimilmente affetto da evidenti problemi di tipo psichico, a una probabile scarsa compliance nei confronti di una misura meno affliggente (la libertà vigilata, appunto) con la conseguenza, alla fine, di possibili peggioramenti del

profilo giuridico e delle garanzie a esso connesse (esempio, incarcerazione per reati minori per i quali sia definito imputabile), con il possibile risultato finale di una maggiore oppressività della libertà vigilata così definita rispetto all'internamento in REMS, caratterizzato comunque da una durata massima.

Così, alcuni aspetti della pericolosità sociale possono ancora oggi prestarsi a notevoli perplessità.

Ma proseguendo con una grossolana disamina delle contraddizioni strutturali del concetto di pericolosità sociale, si possono mettere in evidenza ulteriori nodi problematici.

Anzitutto lo stigma che pesa sulla pericolosità sociale e sul soggetto "pericoloso", se non in un'ottica lombrosiana, comunque al di là della commissione di un reato; e oggi ancora, seppure le misure di sicurezza si siano, come detto, spogliate delle arcaiche e punitive dimensioni della presuntività, la stigmatizzazione può pesare durante tutto il percorso di trattamento giuridicamente vincolato.

Poi, il fatto che il corso del futuro sia fondamentalmente incognito, sradica l'atto presuntivo dal terreno costituzionalmente garantito del principio di colpevolezza, legando il soggetto, di fatto, ad atti che non ha compiuto, ma che potrebbe compiere.

Infine, la pena e la misura di sicurezza avendo la medesima dimensione sanzionatoria e agendo comunque ambedue limitando la libertà personale, mantengono una radicale divaricazione rispetto al principio dell'oltre ogni ragionevole dubbio; rispettato per quanto riguarda la pena, inesistente, giocoforza, per quanto riguarda le misure di sicurezza (Cabiale, *ivi*).

E quindi, pensare di (tentare di) buttare il bambino insieme all'acqua sporca? Superare il costrutto della pericolosità sociale come comunque oggi è definito?

Soprattutto da parte della psichiatria si è portata avanti l'ipotesi di sostituire il concetto di pericolosità sociale con quello del bisogno di cura, definito come meno stigmatizzante, garante dei diritti individuali e maggiormente verificabile.

Si pongono però delle problematiche che, alla fine, appaiono attualmente insuperabili. Infatti, la definizione, realmente con maggior tasso di scientificità, del bisogno di cura fornita dall'esperto, dovrebbe alla fine definire il concetto giuridico di pericolosità, la cui valutazione, di fatto, sarebbe delegata all'esperto stesso, espropriando il giudice penale del ruolo che la legge gli attribuisce. Fino a che la sorte dei soggetti non imputabili è nelle mani del giudice penale, la limitazione della loro libertà a seguito di una misura di sicurezza dovrà fondarsi su concetti giuridici ed essere decisa da un giudice (Pelissero, 2013). In sintesi, non pare possibile la sovrapposizione (intercambiabilità) tra il contenuto e la esecuzione delle misure, da considerare sicuramente indirizzati al diritto alla salute del paziente autore di reato, e il fondamento giustificativo della misura stessa, che identifica davvero la misura di sicurezza e la limitazione della libertà del reo (Notaro, 2021).

Tanto più in quanto, non è possibile dimenticarlo, si tratta di esigenze di tutela rilevanti, da riservarsi ai poteri e agli interventi giurisdizionali.

Inoltre, e ugualmente rilevante, sovrapporre il bisogno di cura alle necessità di una misura limitativa della libertà personale potrebbe determinare il prolungarsi delle limitazioni di quest'ultima oltre le ragioni di prevenzione che l'hanno motivata. La necessità di cura, con tutta evidenza, non può porsi limiti di tempo.

È stato a questo punto fatto notare (Notaro, *ivi*) che forse sarebbe più appropriato sostituire il bisogno (attuale) di cura al concetto di pericolosità sociale psichiatrica (con invarianza del concetto e del fondamento giuridico). I due rami della questione, pericolosità sociale criminale e pericolosità sociale psichiatrica vedrebbero, nel secondo, la riproposizione agli psichiatri, ai periti, dei quesiti specifici rispetto allo stato clinico e psicopatologico e alle possibilità evolutive definito, meno ambiguamente, proprio come bisogno attuale di cura, e ben differenziando le competenze del giudice e del tecnico. In conclusione, quindi, non può essere sostituita *tout court* la periculo-

sità sociale con il bisogno di cura, ma può essere meglio ridefinita la pericolosità psichiatrica attraverso il bisogno di cura. Uno sforzo ulteriore, semmai, potrebbe essere fatto nella modificazione del concetto di prognosi criminale (pericolosità sociale criminale) con un più neutro probabilità di commissione di nuovi reati.

Un'ultima considerazione rispetto alla legge 30 maggio 2014 n. 81, la riforma delle misure di sicurezza detentive per i non imputabili, già nel mirino della Suprema Corte per la debolezza giuridica dell'impianto (sentenza n. 22 del 2022) e, detto per inciso, rispetto al quale il legislatore è stato fortemente richiamato a intervenire a superare il *vacuum*. Forse determinata a modificare subito le prassi, con riferimento al giudizio di pericolosità che compete all'autorità giudiziaria ha espressamente sottratto dall'area di valutazione il contesto ambientale, sociale e familiare del reo (così, di fatto, la marginalità e la deprivazione relazionale sembrerebbero elementi irrilevanti per l'applicazione dell'internamento in REMS). Le prassi, effettivamente, si vanno modificando, costituendo (più o meno) la misura detentiva la eccezione che la legge richiede. Ma qualche perplessità dovrebbe destare il punto appena citato, dato che la psichiatria ben conosce l'importanza dell'ambiente nel plasmare le reazioni e i percorsi psichici e comportamentali dei pazienti (per evitare che l'importanza del contesto familiare, sociale e relazionale del reo sia in tutti i casi obliterato nell'accertamento della sua pericolosità sociale, è stata suggerita l'alternativa per cui la necessità della misura detentiva non possa essere desunta *esclusivamente* dai parametri di cui al punto 4, comma 2 dell'art 133 c.p.). Giustamente tesa a evitare che il sistema penale vicari l'assenza di rete sociale e terapeutica di presa in carico, una grande attenzione deve essere posta perché, appunto, ciò che il sistema penale "lascia" venga "preso" dal sistema sociosanitario. Infatti, per tornare a un punto già evidenziato, un internamento in REMS non eseguibile per assenza di posto pone il soggetto a rischio di modificazioni *in peius* del proprio profilo giuridico, fino ai casi di restrizione in carcere per

altri reati nel frattempo commessi. Qualcuno ha detto, se il sistema penale si ritrae, "è urgente un lavoro di riforma e di potenziamento dei servizi sanitari: basta tardare di poco e il diritto penale si riepande" (Notaro, *ivi*).

In questo momento storico, quindi, stante che gli indicatori macro ci assicurano che nessun reale potenziamento dei nostri servizi è alle porte (ma neanche lontano dalle porte), è necessario definire delle priorità.

Una è sicuramente quella di vigilare a che l'intervento di potenziamento dell'ancoraggio di legge del sistema delle misure detentive stimolato dalla Suprema corte non espropri eccessivamente gli spazi sanitari rispetto al rientro in partita del ministero della giustizia.

Poi, il tema della sicurezza dovrebbe restare centrale, e non diluirsi tra distinguo di belle coscienze, dove, ad esempio, le stesse REMS non hanno un regolamento uniforme e nazionale sulle procedure di sicurezza esterne e nulla hanno rispetto al loro interno.

In seguito, interessante il dibattito sulla imputabilità, ma si consideri che, per altro acceso a mio parere sia da motivazioni ideologiche che dall'impulso di distanziare e delegare pazienti difficili, non ha, nel tempo attuale, alcuna possibilità di approdo a una rivoluzione del codice penale che definisca la fine della non imputabilità.

Infine, qualche proposta che cerchi di modulare le esigenze di tutela con quelle di cura può essere un punto di partenza.

Un punto di discussione può essere quanto la commissione Pelissero proponeva, rispetto a ipotesi di "non pericolosità": per pene sotto i tre anni ogni misura di sicurezza sarebbe inapplicabile, e sopra i tre anni potrebbe essere utilizzato un elenco di reati al di fuori dei quali l'unica misura possibile è quella della libertà vigilata (Commissione Pelissero - *Commissione per la riforma del sistema normativo delle misure di sicurezza personali e dell'assistenza sanitaria in ambito penitenziario, specie per le patologie di tipo psichiatrico, e per la revisione del sistema delle pene accessorie*, consultabile in www.giustizia.it).

Un secondo punto, da non considerarsi pura forma, potrebbe consistere in una maggiore attenzione “semantica” al quesito che il giudice pone al perito, che vada al di là di generiche ipotesi di persona socialmente pericolosa. Detto della “ripulitura” da ogni ambito di presunzione, le ipotesi sono molteplici; da una maggiore attenzione alla possibilità di recidivare evidenti scompensi comportamentali con concomitanti agiti violenti, al chiarimento nel momento della proposizione del quesito che sia l’accertamento richiesto che i suoi risultati sono assolutamente interlocutori.

Circa la nozione di pericolosità, quindi, il dibattito permane intenso, e attualmente resta una decisione del giudice: alla psichiatria il ruolo di definizione di un parallelo e informativo concetto di necessità di cura, una identità forte a limitare momenti di strapotere dell’azione giudiziaria, e di intenso dialogo e collaborazione nelle fasi esecutive, che ben si adattano per plasmare misure adeguate a un rispettoso bilanciamento delle tutele e istanze di sicurezza con il diritto individuale alla cura. La interlocuzione su tavoli locali (esempio, territorio ATS) sarebbe più efficace rispetto a tavoli estesi come quelli regionali o nazionali per *“integrare [nella pratica] il procedimento giudiziario in ciascuna delle sue fasi”*...*“con le esigenze e le opportunità offerte dai modelli di assistenza sanitaria presenti sul territorio”* (Consiglio Superiore della Magistratura, Risoluzione sui protocolli operativi in tema di misure di sicurezza psichiatriche, 24 settembre, 2018, consultabile in www.corteappellomilano.it).

Da ultimo: il nostro garantismo ci spinge a non accettare le misure provvisorie, dove ancora di più esiste una indeterminatezza nella attribuzione personale del reato (addirittura si può pensare al pericolo di recidiva prima ancora che al reato)? Se, giusto o sbagliato, la fungibilità di una incarcerazione *sine titulo* è ammessa, pensiamo a tutte le situazioni di serio pericolo che incontriamo nel nostro lavoro e all’auspicio collegato di protezione (oltreché, certamente, di prevenzione), e pensiamo anche che la fase di indagine, la fase della ipotetica misura provvisoria,

è quella più vicina alla fase acuta, allo scompensamento che ha verosimilmente portato alla commissione del fatto, quando altri elementi di limitazione del rischio (esempio, il trattamento), non sono ancora adeguatamente delineati e intrapresi.

Gli spunti di riflessione, informati quanto non prevenuti o arroccati, certamente non mancano.

CORRISPONDENZA A:

antonio.amatulli@asst-brianza.it

BIBLIOGRAFIA

1. Cabiale A., *L'accertamento giudiziale della pericolosità sociale, tra presente e futuro*, Archi-vio Penale, 2022, n. 2
2. Collica M.T., *Il giudizio di imputabilità tra complessità fenomenica ed esigenze di rigore scientifico*, Riv. It. Dir. Proc. Pen., 2008, 1170 ss.
3. Pelissero F., *Quale futuro per le misure di sicurezza?* Riv. It. Dir. e Proc. penale, 2013, pp. 1266-1290
4. Notaro L., *Accertamento e trattamento della pericolosità sociale: una "storia di supplenze"*, 2021, Atti del convegno Malattia psichiatrica e pericolosità sociale. Tra sistema penale e servizi sanitari

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