



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria

SERVIZI DI SALUTE MENTALE APERTI AD UNA SOCIETÀ IN CAMBIAMENTO: RIPENSARE AI PERCORSI DI CURA.

PROPOSTE CONCRETE
PER FORNIRE RISPOSTE
AI BISOGNI.

INSERTO DI
PSICHIATRIA OGGI
Anno XXXVIII



INDICE

DOCUMENTI SIPLO: UNO STRUMENTO DI RIFLESSIONE SULLA FINALITÀ DELLA NOSTRA DISCIPLINA ED UNA GUIDA ALL'OPERARE QUOTIDIANO <i>Giancarlo Cerveri</i>	03
CONFRONTO, CONTINUITÀ E CAMBIAMENTO: RIFLESSIONI E PROSPETTIVE DAI GRUPPI DI LAVORO DELLA SIP LOMBARDIA <i>Giovanni Migliarese Bernardo Dell'Osso</i>	06
TRATTAMENTO DEI DISTURBI MENTALI IN ETÀ GIOVANILE <i>Coordinatore: Mauro Percudani</i> <i>Gruppo di lavoro: Simona Barbera, Marta Barbieri, Scilla Beraldo, Angelo Bertani, Paolo Brambilla, Cinzia Bressi, Debora Bussolotti, Giorgio Cerati, Chiara Colli, Antonella Colucci, Lorenzo Del Fabro, Cecilia Esposito, Marina Loi, Francesca Maggioni, Lara Malvini, Anna Omboni, Mauro Percudani, Chiara Rovera, Maira Chiarelli Serra, Margherita Trinchieri, Alessio Vincenti</i>	08
ATTIVITÀ OSPEDALIERE ED EMERGENZE PSICHIATRICHE <i>Coordinatori: Emi Bondi e Carlo Fraticelli</i> <i>Gruppo di lavoro: Paolo Cacciani, Federica Calorio, Simone Cavallotti, Armando D'Agostino, Valentina Dalò, Paola Marianna Marinaccio, Silvia Paletta, Adelaide Panariello, Fabrizio Pavone, Sara Maria Pozzoli, Matteo Rocchetti, Virginio Salvi</i>	36
DELLA SOCIETÀ SCIENTIFICA SUL TEMA SOGGETTI AUTORI DI REATO CON PATOLOGIA PSICHICA <i>Coordinatori: Giancarlo Cerveri e Alessia Cicolini</i> <i>Gruppo di lavoro: Antonio Amatull, Antonio Calento, Fabio Canegall, Federico Durbano, Anna Giroletti, Paolo Azzone, Virginio Salvi</i>	46
DOPPIA DIAGNOSI <i>Coordinatori: Massimo Clerici e Federico Durbano</i> <i>Gruppo di lavoro: Giorgio Bianconi, Anna Giroletti, Paolo Risaro, Daniele Salvadori, Alessio Vincenti</i>	59
LA RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI TERRITORIALI <i>Coordinatore: Giovanni Migliarese</i> <i>Gruppo di lavoro: Vera Abbiati, Scilla Beraldo, Giorgio Bianconi, Federico Durbano, Nicola Dusi, Francesca Maggioni, Mattia Marchetti, Alberto Pasi, Matteo Porcellana</i>	67
IPOTESI DI EVOLUZIONE DEL SISTEMA RESIDENZIALE PSICHIATRICO LOMBARDO – REVISIONE 2025 <i>Coordinatori: Caterina Viganò e GianMarco Giobbio</i> <i>Gruppo di lavoro: Antonio Amatulli, Stefano Barlati, Alessandro Carozzi, Daniele Carretta, Alessandro Grecchi, Alessandra Martinelli, Giovanna Valvassori</i>	77

LA POSIZIONE DELLA SOCIETÀ SCIENTIFICA SUL TEMA 'SOGGETTI AUTORI DI REATO CON PATOLOGIA PSICHICA'

Coordinatori gruppo:

Giancarlo Cerveri (ASST Lodi)

Alessia Cicolini (ASST Mantova)

Partecipanti:

Antonio Amatulli (ASST Brianza)

Antonio Calento (ASST Lodi)

Fabio Canegalli (ASST Pavia)

Federico Durbano (ASST Melegnano Martesana)

Anna Giroletti (SST Santi Paolo Carlo)

Paolo Azzone (ASST Rhodense)

Virginio Salvi (ASST Crema)

PREMESSA

L'approvazione della legge 81 del 2014, istituita con la finalità di superare gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari mediante l'istituzione delle REMS (Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza) e la presa in carico territoriale dei soggetti autori di reato e non punibili per incapacità psichica, ha presentato notevoli criticità di applicative nel corso degli ultimi anni che vanno dalle difformità applicative delle misure di sicurezza al problema delle liste d'attesa delle Residenze Esecuzione Misure di Sicurezza (REMS) all'attribuzione di titolarità per gli obblighi di custodia, per ricordarne alcuni. Con la Sentenza n. 22 del 2022 la Corte Costituzionale ha posto la necessità di trovare adeguate soluzioni a tali criticità applicative.

È doveroso definire alcuni temi da porre come assolutamente centrali nel dibattito tecnico-scientifico e sui cui ridefinire prassi operative maggiormente efficaci.

Nello specifico si ritiene di poter definire alcuni aspetti di merito secondo rilievi di ordine tecnico scientifico, sintetici che rimandano poi a documenti di approfondimento definiti da componenti del gruppo di lavoro

MISSION E RUOLO DEL DSMD

La missione del DSMD nel trattamento del soggetto autore di reato prevede attività di assistenza come missione specifica e fondante l'affidamento che il paziente ha nel servizio. Per assistenza si ritiene la proposizione di un percorso di cura che preveda l'adesione ad interventi psicofarmacologici, riabilitativi e l'adesione a specifiche altre prescrizioni di cura. Se i DSMD sono consapevoli che giurisprudenza consolidata e diritto indicano che la cura del paziente psichiatrico non possa essere radicalmente scissa da doveri di responsabilità connessi alla posizione di garanzia ("Il fondamento della posizione di garanzia va rinvenuto nel dovere di cura, che include un potere-dovere di sorveglianza ogni qual volta l'affezione psichica per sua natura è tale da esporre il malato o altri ad eventi lesivi" *Cassazione Penale 12 febbraio 2013, n. 16975; Cassazione Penale 18 maggio 2017 n. 43476*), questi

ultimi devono essere posti in essere nell'alveo dei doveri sanitari di rispetto dei diritti individuali al minimo grado di limitazione possibile della libertà individuale, del primario diritto alla cura (normalmente recessivo rispetto al dovere del controllo) nonché dei limiti imposti dalla legge. Il DSMD può svolgere anche funzioni di vigilanza, intese nel senso di assicurarsi che il paziente si attenga alle prescrizioni terapeutiche, segnalando al magistrato di sorveglianza in caso di mancanza di adesione alle stesse; il magistrato modificherà la misura e le relative prescrizioni. I servizi di cura presenti nel Dipartimento (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Centro Psicosociale, Centro Diurno e strutture residenziali), sono strutture finalizzate all'assistenza e al trattamento che di norma è volontario. L'obbligo alle cure non può essere imposto dalle strutture dipartimentali (fatti salvi i casi esplicitamente previsti dalla legge) perché ciò inevitabilmente renderebbe non attuabile quel rapporto fiduciario di affidamento tra paziente e personale sanitario necessario per avviare un proficuo percorso volto a modificare lo stato di salute psichica del soggetto.

Statement 1

Gli interventi forniti dal DSMD sono orientati alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione di persone con disturbo mentale e/o dipendenza patologica. Qualsiasi intervento che abbia al centro istanze di sorveglianza o custodia che trascendano la funzione clinica del DSMD rischia di snaturare e delegittimare il rapporto fiduciario necessario alla cura del paziente e va pertanto evitato. Il bisogno clinico resta centrale rispetto agli aspetti di difesa sociale, afferenti ad altre Agenzie, nella programmazione e messa in atto del percorso di cura

Regione Lombardia con la DGR 5340/2016 ha previsto di sostenere l'attività territoriale mediante la formazione di équipes forensi per occuparsi di quei soggetti che necessitano di competenze di diversa natura: psichiatriche

e giuridiche. Queste équipes specifiche sono da inquadrare all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze delle ASST.

Esse sono deputate a supportare e accompagnare i pazienti autori di reato nel corso della esecuzione penale, in qualsivoglia contesto sociale essi siano inseriti (istituti di pena, carcere, REMS, comunità terapeutiche, territorio). Inoltre, sono mediatrici della comunicazione fra la psichiatria e l'Autorità Giudiziaria; vanno inoltre rafforzate le buone prassi di interfaccia fra tali équipes e i periti in fase di stesura del loro elaborato (nello specifico, nella parte in cui sono chiamati a identificare il percorso di cura più idoneo a contenere le istanze di pericolosità sociale del paziente).

Le funzioni delle équipes forensi delle diverse ASST del territorio lombardo risultano al momento disomogenee, e una armonizzazione, uno sviluppo e/o consolidamento delle funzioni svolte risultano necessarie.

Statement 2

Le équipes forensi dei DSMD devono funzionare considerando i seguenti punti come imprescindibili: continua integrazione con il servizio, svolgere percorsi formativi specifici, sviluppare l'adeguata expertise per l'interlocuzione con l'Autorità giudiziaria nei diversi gradi, dall'indagine, al giudizio alla fase di sorveglianza, tracciare le proprie attività/prestazioni, dotarsi un documento che ne definisca il funzionamento, dotarsi di una figura di Responsabile, definire protocolli locali per l'applicazione reale dei protocolli DSMD-Magistratura delle Corti d'appello di Milano e Brescia, stimolare lo sviluppo di una formazione interna sul campo a favore del personale del Dipartimento di Salute Mentale.

LA VALUTAZIONE PERITALE

Sul tema della scelta del perito, per le condizioni in cui si valutano temi di imputabilità e pericolosità sociale, si ritiene che, trattandosi spesso di condizioni caratterizzate

da comportamenti violenti, con frequente abuso di alcol e sostanze, scarsa o nulla critica di malattia e adesione ai trattamenti, sia necessaria una specifica competenza di natura esperienziale. Trattandosi di persone che non risultano rappresentate nei comuni trial clinici controllati, fonte maggiore di dati per la letteratura scientifica, le conoscenze che il perito deve utilizzare per fornire un parere tecnicamente e scientificamente motivato devono necessariamente provenire dall'esperienza clinica che unicamente si sviluppa nel contesto del lavoro dei servizi pubblici, unici luoghi dove tali persone ricevono abitualmente e con continuità percorsi di assistenza e cura. È per altro necessario che questa esperienza sia ragionevolmente recente. Per sostanziare tale esperienza è necessario che sia mantenuta in tempi recenti al fine di tenere in considerazione le trasformazioni epidemiologiche e la riorganizzazione dei servizi di salute mentale. Viene ovviamente data per scontata una adeguata conoscenza della psicopatologia forense

Statement 3

Si ritiene necessario che il perito psichiatra incaricato di valutare imputabilità ed eventuale pericolosità sociale di un soggetto autore di reato, nonché di elaborarne il progetto/affidamento, abbia maturato una consolidata e attuale esperienza presso i servizi psichiatrici pubblici e nell'ambito della psicopatologia forense.

Il modello attivo nella gestione dei servizi di salute mentale è fondato, per i pazienti gravi, su percorsi di presa in carico da parte di un'équipe dedicata, costituita da psichiatra referente, infermiere di riferimento, assistente sociale, educatore, psicologo. Le figure tutte o in parte presenti a seconda delle necessità cliniche e degli aspetti organizzativi, garantiscono un intervento continuativo e assertivo fornendo coerenza nella proposizione di un percorso di cura nelle diverse fasi della vita del paziente. Per tale motivo nell'elaborazione della valutazione di pazienti in carico al servizio è di fondamentale impor-

tanza che questo enorme dato conoscitivo debba essere fornito al perito che, invece, in alcuni casi finisce per accedere a solo alcune informazioni che rischiano di non rappresentare con la dovuta coerenza il percorso di cura (per esempio raccogliendo solo alcune lettere di dimissione ospedaliera in un soggetto in carico da anni ad un Centro Psicosociale).

Statement 4

Per i soggetti già in carico ad un DSMD il perito psichiatra ha l'obbligo di acquisire le informazioni relative alla presa in carico del paziente ed al percorso di cura effettuato tramite, oltre all'ovvia acquisizione di tutti i documenti utili, una relazione inclusiva che contenga informazioni relative all'anamnesi, alla diagnosi e agli interventi terapeutici messi in atto, nonché alle eventuali criticità relative al percorso di cura.

Sul tema della valutazione dei soggetti autori di reato e in carico al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, si osserva con sempre maggiore frequenza l'interessamento di persone con diagnosi duale, cioè attinente sia alla patologia psichica che a disturbi connessi all'uso di alcol o sostanze d'abuso. Tali soggetti sono spesso in carico in modo discontinuo con i servizi preposti alla cura e ciò rende il percorso terapeutico spesso poco o punto efficace. Il coinvolgimento di entrambi i servizi, sia nella fase di valutazione che nella fase di elaborazione del progetto, è l'unica modalità per formulare giudizi accurati e consistenti nonché per elaborare percorsi di cura che possano assicurare una buona probabilità di successo.

Permangono come aree critiche nelle valutazioni peritali l'affido al DSMD di soggetti con reati connessi alla Dipendenza da Sostanza che hanno compiuto il reato in stato di intossicazione acuta/astinenza dalla stessa sostanza. Definire non imputabili tali soggetti richiede l'applicabilità dell'art. 95 c.p. con il riconoscimento e la presenza dei criteri clinici per lo "stato di cronica intossicazione prodotta da alcool o da sostanze stupefacenti".

La Corte Costituzionale, con sentenza del 9.04.1998, n. 114, ha chiarito che la cronica intossicazione si differenzia dall'ubriachezza abituale in quanto è un dato irreversibile ovvero, in questo caso, i fenomeni tossici sono stabili, persistendo anche dopo l'eliminazione dell'alcool assunto, di conseguenza la capacità del soggetto può essere permanentemente esclusa o grandemente scemata (si pensi al delirium tremens, alla demenza alcolica di Korsakoff o alla paranoia alcolica).

Mentre nell'ubriachezza abituale i fenomeni tossici non sono onnipresenti, vengono meno, infatti, negli intervalli di astinenza, durante i quali il soggetto riacquista la capacità d'intendere e di volere. L'ubriachezza abituale pertanto è sempre un quadro transeunte. Terminato l'effetto della sostanza alcolica si assiste ad una restituito ad integrum nella personalità del soggetto.

In base al codice un reato commesso da un cronico intossicato da alcool può (anche se non deve) comportare l'applicazione degli artt. 88 e 89 c.p. (vizio totale/vizio parziale), nel mentre, come si evince dall'art. 94 c.p., per l'ubriachezza abituale scattano gli aumenti di pena. È necessario che detti segni siano osservabili e dimostrabili non nella fase acuta o durante la sindrome di astinenza, ma a distanza dalle stesse, perché solo così si ha la prova che l'uso della sostanza ha intaccato in modo duraturo la psiche del soggetto.

Tale erronea valutazione affida a percorsi non idonei (REMS/DSMD) soggetti con misure di sicurezze detentive e non detentive non idonei a percorsi di riabilitazione psichiatrica.

Statement 5

Si ritiene necessario che il perito psichiatra incaricato di valutare imputabilità e l'eventuale pericolosità sociale di un soggetto, se osserva elementi suggestivi di un Disturbo da uso di alcol o sostanze, coinvolga i servizi delle dipendenze (integrati nel DSMD) sia nella fase di valutazione che nella fase di elaborazione del progetto/affidamento del paziente e si attenga ai dettami della psicopatologia forense.

I PERCORSI DI CURA

Sul tema della formulazione di un percorso di cura e assistenza da indicare al giudice relativamente a un soggetto giudicato non imputabile e pericoloso socialmente, si è osservato che l'esigibilità della proposta passa necessariamente per la capacità di disegnarlo attraverso una specifica conoscenza del funzionamento dei servizi di salute mentale e dipendenze sia in termini organizzativi che di risorse disponibili. Ad esempio, risulta inattuabile un percorso riabilitativo che preveda un intervento educativo domiciliare se il servizio non è in grado di fornirlo nelle modalità proposte dal perito. La collaborazione del perito con il servizio psichiatrico incaricato della cura deve essere stabilita come un obbligo inderogabile per evitare di creare disposizioni inattuabili che mettono a rischio la realizzazione del percorso di cura con tutti i rischi connessi in termini di salute e di sicurezza. Tale necessità di collaborazione nasce anche dal fatto che i percorsi di cura per i cittadini sofferenti di patologia psichica sono erogati in una condizione di risorse limitate e talvolta limiti amministrativi imposti da normative specifiche ed enti esterni al DSMD (esempio, ATS). È necessario altresì evitare che prescrizioni eccessivamente onerose in termini di risorse destinate per soggetti autori di reato obblighino i servizi a ridurre prestazioni a soggetti in carico ma senza prescrizioni dell'autorità giudiziaria, determinando una discriminazione inaccettabile dal punto di vista dell'eguaglianza dei cittadini nell'accedere alle cure.

Statement 6

Si ritiene necessario stabilire un obbligo per il perito psichiatra di concordare le disposizioni clinico-terapeutiche con il DSMD a cui verrà affidata la realizzazione del percorso di cura, al fine di migliorarne il livello di attuazione rendendone altresì sicura l'esigibilità. Si consiglia la definizione a livello locale di accordi per una condivisa e univoca stesura del quesito peritale

Nel Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze i luoghi della cura sono diversificati, con caratteristiche strutturali e di disponibilità di personale e tecnologia profondamente differenziate per livelli e intensità di intervento. Così, se nel Pronto Soccorso l'assistenza e vigilanza che si possono offrire a un paziente sono elevate dal punto di vista sanitario, lo stesso accade presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura grazie alle sue caratteristiche strutturali, pur con una dotazione tecnologica e di personale inferiore al Pronto Soccorso. Ben diversa è la possibilità di garanzia di assistenza e vigilanza rivolto a persone con limitazioni della libertà che si possono garantire nelle strutture residenziali psichiatriche (Comunità Psichiatriche CP e Centri di Riabilitazione CR, indipendentemente dall'intensità riabilitativa e di assistenza prevista nell'accreditamento delle strutture stesse). Ancora minore è il grado di vigilanza esigibile in regime di semi residenzialità diurna o negli interventi ambulatoriali o domiciliari. In sintesi, i luoghi sopra definiti sono pensati e strutturati per la cura, e le funzioni di vigilanza risultano di conseguenza molto limitate. Il personale incaricato, poi, svolge compiti di assistenza e cura e non è preparato tecnicamente e culturalmente (la vigilanza è esigibile solo dove ricompresa nella funzione di cura) per quelli relativi al controllo sulla limitazione della libertà personale, fatta eccezione (e con notevoli criticità) per gli interventi previsti dalla normativa vigente come il Trattamento Sanitario Obbligatorio.

Per tali motivi si ritiene indispensabile che i soggetti autori di reato inviati per qualunque motivazione in una struttura sanitaria del Dipartimento di Salute Mentale seguano le procedure di valutazione e trattamento seguite da tutti i cittadini, con particolare riferimento alla valutazione di Pronto Soccorso. Tale osservazione nasce dal fatto che l'eliminazione parziale o completa della valutazione clinica in Pronto Soccorso e l'ingresso diretto del paziente nel reparto di Psichiatria, al fine di garantire una più agevole sorveglianza del soggetto autore di reato, rappresenta una procedura discriminatoria che

espone a rischio clinico il soggetto, oltre a produrre una difformità di trattamento per la tutela della salute.

Statement 7

La competenza del soggetto autore di reato inviato in Pronto Soccorso è inizialmente, come per tutti i cittadini, di tipo medico. Sarà lo specialista del PS, al termine delle valutazioni ritenute necessarie, che disporrà l'invio al consulente psichiatra per le ulteriori valutazioni del caso. La sorveglianza del soggetto non può essere un elemento discriminante i percorsi clinici.

Per quanto concerne il ricovero nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, esiste una consolidata letteratura sull'utilità di organizzare tali interventi su tempi molto limitati, favorendo dimissioni rapide finalizzate all'avvio dei percorsi di cura territoriali. La permanenza eccessivamente lunga in strutture con spazi limitati e pensate organizzativamente per brevi periodi di ricoveri rischia di produrre effetti negativi sulla salute psichica di soggetti che dopo la fase acuta siano costretti a ricoveri prolungati. Tale consolidata prassi clinica finalizzata alla tutela della salute dei cittadini tramite una riduzione del rischio di "istituzionalizzare" i pazienti è posta a rischio da disposizioni giuridiche di ricovero prolungate effettuate al solo scopo di evitare la reiterazione di reati.

Statement 8

Il ricovero nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è pensato sia organizzativamente che strutturalmente per periodi di tempo limitati (degenza media regionale di 13/14 giorni). Si ritiene pertanto inappropriata la collocazione in tale ambito della persona socialmente pericolosa se non per la diagnosi ed il trattamento della fase acuta. La prosecuzione del ricovero oltre tale limite diventa un rischio iatrogeno per la salute del paziente ed un rischio per la sicurezza degli altri ospiti e del personale.

Per quanto riguarda gli interventi multidisciplinari condotti in ambito territoriale e finalizzati a garantire la continuità delle cure secondo modelli di presa in carico assertiva e intensiva, si assiste al rischio, nelle procedure di affidamento del paziente pericoloso socialmente al Dipartimento o al singolo Centro Psicosociale (CPS), di una diminuzione della contrattualità di cura da ottenere tramite una continua tensione dell'acquisizione del consenso. È necessario che tutti i percorsi di cura siano fondati sul continuo tentativo di condividerne con i pazienti la progettualità, demandando gli interventi di controllo e di limitazione della libertà agli organi giuridici, favorendo ove possibile nella misura più rilevante l'intervento di cura per la salute psichica all'interno delle carceri. Il generico obbligo alle cure da esercitare nel contesto territoriale in carico a operatori sanitari non solo non produce un miglioramento dei risultati a medio-lungo termine, ma espone pazienti e operatori a un incremento della conflittualità producendo un danno alla reale possibilità di costruzione di un percorso di cura.

Statement 9

Il Centro Psicosociale (CPS), coerentemente con i dati della letteratura scientifica sui modelli di intervento efficaci, garantisce la presa in carico delle problematiche psichiatriche e sociali del soggetto autore di reato garantendo la continuità delle cure secondo un modello di intervento assertivo finalizzato al soddisfacimento dei bisogni prevalenti. Gli interventi senza consenso sono solo quelli regolati dalla normativa vigente Legge 833/1978 art 33, 34, 35.

Con l'applicazione della legge 81 del 2014 si sono istituite le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS).

Al fine di dare concreta attuazione al principio normativo del ricovero in R.E.M.S. come *extrema ratio*, i Giudici devono poter contare su uno spettro, il più ampio possibile, di soluzioni applicative, proprio grazie ad una

piena sinergia con la rete dei servizi di salute mentale operanti sul territorio.

Vi è invece un evidente squilibrio numerico tra i posti disponibili presso le strutture residenziali e le richieste di disponibilità provenienti dalle Autorità giudiziarie.

I DSMD che hanno l'obbligo di presa in carico territoriale, si trovano oggi in gravi difficoltà di risorse umane e finanziarie per strutturare un servizio di comunità per gli autori di reato e rispondere adeguatamente alle richieste e pertanto, se non si attuano dei dovuti cambiamenti, rischiano di essere inadempienti, anche alla luce della sentenza n. 186/2015 della Corte Costituzionale secondo la quale "l'inefficienza delle amministrazioni sanitarie regionali nel predisporre i programmi terapeutici individuali non può tradursi nell'applicazione di misure detentive, inutilmente gravose per il malato".

Si ritiene indispensabile il mantenimento di adeguati standard organizzativi e tecnici di funzionamento al fine di garantire un percorso di cura sia per i soggetti autori di reato ricoverati che per i codegenti. Il percorso di cura mantiene una priorità sugli obblighi di sorveglianza al fine di non modificare le finalità della struttura ricoverante o impedire possibili prosecuzioni dei progetti di cura. I Centri Riabilitativi a diversa intensità riabilitativa (CRA-CRM) come le Comunità Protette a diversi livelli di assistenza (CPA- CPM) e la Residenzialità Leggera fanno parte di un percorso di cura finalizzato a produrre cura e non attività di sorveglianza.

Statement 10

Si ritiene indispensabile nelle strutture residenziali psichiatriche il mantenimento di adeguati standard organizzativi e tecnici di funzionamento al fine di garantire un percorso di cura sia per i soggetti autori di reato ricoverati che per i codegenti e garantire la concreta attuazione al principio normativo del ricovero in R.E.M.S. come *extrema ratio*.

Nel corso degli ultimi anni si è assistito al sorgere di diverse strutture residenziali psichiatriche private che si sono proposte per interventi specifici su soggetti autori di reato. Molto spesso sono strutture autorizzate e accreditate senza un contratto con il Servizio Sanitario Regionale. Si osserva che tale organizzazione, finalizzata a poter attivare strutture che altrimenti non avrebbero possibilità di funzionare, rischia di concentrare eccessivamente soggetti autori di reato rischiando di snaturare le funzioni di cura verso funzioni di sorveglianza e contribuendo a creare luoghi di cura molto difficili sia per gli operatori che per gli altri codegenti.

Statement 11

Si ritiene che per questioni di gestione corretta delle finalità di cura, per sicurezza degli ospiti della struttura e degli operatori e per evitare eccessiva stigmatizzazione, le strutture residenziali psichiatriche non possano avere più del 25 % di ricoverati autori di reato inviati a seguito di disposizione dell'autorità giudiziaria.

DISTURBI DI PERSONALITÀ

I Gravi Disturbi di Personalità (DGP) rappresentano un cluster di condizioni patologiche sulla cui consistenza diagnostica esistono ampie discussioni in letteratura e che presentano scarse evidenze di specifici trattamenti terapeutici di provata efficacia. Nella letteratura scientifica spesso viene osservata la tendenza a effettuare diagnosi di DGP come meccanismo di individuazione di soggetti non riferibili ad altre forme diagnostiche e che presentano esclusivamente comportamenti abnormi.

Si ritiene che nei gravi disturbi di personalità la non imputabilità per motivi psichici sia un evento estremamente raro.

La pronuncia n. 9163 del 2005 delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione, la c.d. sentenza Raso, ha precisato che anche i disturbi della personalità possono costituire causa idonea ad escludere o scemare grandemente la capacità di intendere e di volere sempre che siano di consistenza, rilevanza, gravità e intensità tali da concretamente incidere

sulla stessa e tra il disturbo mentale ed il fatto di reato sussista un nesso eziologico.

La struttura pratico-teorica alla quale si riferisce la psicopatologia clinica forense, distingue tra organizzazione (funzionamento) di personalità nevrotica, psicotica e borderline.

Questo modello organizzativo è proprio anche di altri disturbi della personalità, oltre a quello c.d. borderline, come ad esempio in quelli narcisistico, paranoide, istrionico, antisociale, schizoide e, in genere, in ogni forma di disturbo della personalità. Consegua a ciò che un disturbo della personalità può recepirsi come grave, quando sia connotato da un "funzionamento borderline della personalità". Nei casi connotati da maggiore gravità, la qualità della malattia o il significato dell'infermità nel reato devono connettersi ad una serie di "indicatori", connessi tra loro e propri del disturbo psicotico transitorio.

Un eccessivo utilizzo di tale categoria diagnostica all'interno del giudizio di imputabilità implica un servizio di cura della REMS e/o del DSMD che non sembra essere adeguato al raggiungimento né degli obiettivi terapeutici, né di prevenzione del rischio di reiterazione del reato.

Statement 12

La valutazione diagnostica di Grave Disturbo di Personalità in sede peritale ai fini della valutazione dell'imputabilità necessita di comprovata esperienza, della conoscenza dei principi di applicazione della psicopatologia forense e della sentenza Raso (Cassazione Sez. Unite Pen. 9163/2005) al fine di diminuire il rischio di identificare come malattie comportamenti irrazionali mossi da transitori stati emotivi e per identificare le tipologie di disturbo di personalità che non hanno un riscontro scientifico di trattamento possibile a cura dei servizi della psichiatria.

Il tema della responsabilità e delle possibilità di intervento psichiatrico e riabilitativo in tale ambito sono oggetto di attenzione da parte dei clinici e degli operatori dei servizi di salute mentale. Il riferimento di orientamento attuale per

i presidi territoriali può essere individuato nel documento della regione Emilia e Romagna (2013) “Linee di indirizzo per il trattamento dei Disturbi gravi di personalità”, e ancora più recentemente il documento JA Implemental (Lora et al., 2024) che ha traslato e adattato al contesto nazionale e locale le raccomandazioni delle Linee guida internazionali. In gran parte sulla base di una revisione delle raccomandazioni NICE per il Disturbo Borderline di Personalità (2009), finalizzata a migliorare gli standard di trattamento per le persone affette da disturbo di personalità

Tali linee di indirizzo definiscono con il termine Disturbi Gravi di Personalità (DGP) condizioni di interesse psichiatrico caratterizzate da una alterazione del funzionamento mentale nell’area della formazione e della stabilità dell’identità e del Sé, con espressione nelle dimensioni dell’impulsività e dell’antagonismo sì da determinare una significativa riduzione delle capacità di adattamento al ruolo sociale. “Le condotte abnormi rappresentano solo un aspetto dei DGP, che in assenza di alterazioni psicopatologiche descrivibili non hanno valore diagnostico né predittivo dell’efficacia dei trattamenti. L’ambito dei DPG viene limitato alle categorie diagnostiche del cluster B del DSM-5, o gruppo dell’impulsività con l’esclusione del Disturbo Antisociale”. Appare anche utile sottolineare come i sintomi nucleari dei disturbi di personalità non rispondano ad alcuna terapia farmacologica, ma solo a percorsi psicoterapici lunghi e di difficile attuazione, e che richiedono sia personale formato sia il coinvolgimento attivo del soggetto.

Statement 13

Per i soggetti con diagnosi di Disturbo di Personalità si ritiene più adeguato sottolineare la prevalente istanza degli aspetti retributivi intramurari in cui la clinica non deve essere aspetto centrale e/o unico, ritenendo che, cioè, che i percorsi giudiziari (carcere, misure di sicurezza, misure alternative), per questi soggetti, possano essere equiparati a quelli già attivi per le persone affette da Disturbi correlati all’uso di sostanze stupefacenti.

LA FORMAZIONE SULLA GESTIONE DEI SOGGETTI AUTORI DI REATO

Al fine di raggiungere il triplice risultato di attivare un percorso culturale condiviso tra Servizio Sanitario, Magistratura Avvocatura e Forze dell’Ordine, di migliorare le competenze tecnico e procedurali del personale sanitario e di fornire strumenti volti a migliorare la gestione delle condizioni di emergenza nel personale con compiti di tutela dell’ordine pubblico o di custodia si attivano in modo continuativo 3 tipologie di percorsi formativi:

- I. Incontri a carattere regionale e provinciale con il coinvolgimento Magistratura, Avvocatura, Prefetture, associazioni familiari e Servizio Sanitario di aggiornamento e riflessioni sulle criticità organizzative a cadenza annuale.
- II. Percorsi formativi interni ai DSMD sia sulla parte clinica che procedurale nella gestione delle tematiche connesse alla diagnosi e percorsi trattamenti di soggetti autori di reato sofferenti di patologia psichiatrica.
- III. Percorsi formativi rivolti al personale di Polizia volto a fornire strumenti utili ed immediati di riconoscimento e risposta a situazioni di urgenza connesse alla patologia psichiatrica (anomalie del comportamento, fenomenologia dell’intossicazione e astinenza da sostanze, comportamento suicidario).

Regione Lombardia con la DGR 1296/2023 ha istituito il Punto Unico Regionale (P.U.R.) per la gestione dei pazienti con misure di sicurezza a cui vengono demandati anche compiti di formazione, come da attuazione dell’Accordo n. 188/CU del 30.11.22.

Statement 14

Risulta necessario attivare una modalità omogenea di trattamento e gestione dei rapporti con la magistratura per i soggetti autori di reato imputabili con pericolosità sociale, l’acquisizione delle competenze tecniche e scientifiche nella gestione delle complessità cliniche connesse alla patologia psichiatrica in ambienti detentivi, ma anche l’opportunità che tutti gli attori coinvolti (dai magistrati agli agenti

di polizia penitenziaria) sviluppino una maggiore conoscenza e competenza sulle tematiche che nel rispetto dei singoli ruoli sono tenuti ad affrontare, definisce la necessità di un percorso di formazione sia teorico che tecnico/scientifico e culturale volto al continuo aggiornamento sia degli operatori dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze che dei soggetti operanti negli Istituti competenti per le attività giuridiche e di custodia.

IL CARCERE E I DIRITTI RELATIVI ALLA SALUTE MENTALE

Con la Deliberazione della Giunta Regionale n. XII/362 del 16 dicembre 2024, Regione Lombardia ha proceduto alla revisione della rete regionale dei Servizi Sanitari Penitenziari, adottando il modello organizzativo della “Casa di Comunità” e promuovendo un approccio integrato e multidisciplinare alla presa in carico. Tale riorganizzazione mira a garantire alle persone sottoposte a restrizione della libertà personale un accesso alle prestazioni sanitarie equivalente, per qualità e appropriatezza, a quello assicurato alla popolazione in condizione di libertà.

Particolare attenzione è rivolta alle persone affette da disturbi di salute mentale per le quali vengono attivati percorsi di intervento — articolati in *consulenza*, *assunzione in cura e presa in carico* — conformi ai modelli assistenziali dei Servizi Psichiatrici Territoriali della Regione.

Alla luce del progressivo incremento del numero di persone detenute affette da disturbi psichiatrici, la Deliberazione prevede inoltre il potenziamento delle sezioni sanitarie specialistiche già operative — nello specifico, il Reparto di Osservazione Psichiatrica (R.O.P.) presso la Casa Circondariale di Monza, dotato di 5 posti letto, e l’Articolazione per la Tutela della Salute Mentale (A.T.S.M.) della Casa Circondariale di Pavia, con una disponibilità di 12 posti letto — mediante l’istituzione di nuove aree destinate all’Assistenza Psichiatrica Intensificata (A.P.I.). Tali aree saranno localizzate presso gli istituti penitenziari di Milano San Vittore, Monza e Pavia, con una dotazione rispettivamente pari a 25, 16 e

8 posti letto. L’intervento è finalizzato a rispondere alla crescente necessità di strutture detentive dedicate alla gestione sanitaria dei detenuti con patologie psichiatriche particolarmente severe che non sono compatibili con la permanenza nelle sezioni comuni. Le suddette unità risultano, allo stato attuale, in fase di progettazione e non ancora attivate.

Per le persone detenute affette da disagio psichico, ma comunque riconosciute capaci di intendere e di volere, l’ordinamento prevede attualmente due principali modalità di intervento. La prima si realizza al di fuori del contesto carcerario, qualora la patologia psichica comporti una condizione di incompatibilità con la detenzione o consenta l’applicazione di una misura alternativa alla stessa. Tale possibilità è stata introdotta a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 99 del 2019, che ha dichiarato parzialmente incostituzionale l’art. 47-ter, comma 1-ter, della Legge 26 luglio 1975, n. 354 (*“Norme sull’ordinamento penitenziario e sull’esecuzione delle misure privative e limitative della libertà personale”*), equiparando la grave infermità psichica sopravvenuta alla grave infermità fisica. La seconda modalità, più frequentemente adottata, prevede la gestione e il trattamento del disagio psichico all’interno dell’istituto penitenziario. In tale contesto, si rende necessaria un’attenta valutazione delle risorse sanitarie e organizzative disponibili, al fine di garantire un’adeguata presa in carico terapeutico-riabilitativa, sia nelle sezioni specialistiche dedicate sia nei reparti comuni degli Istituti penitenziari della Regione Lombardia.

Interventi specifici di cura per la salute mentale in regime di carcerazione

La ricerca epidemiologica in ambito penitenziario, sia a livello nazionale che regionale, risulta tuttora limitata, come segnalato anche dal Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB, 2019), a causa di numerosi ostacoli di natura pratica, organizzativa e burocratica. Lo studio più ampio e sistematico attualmente disponibile risale al 2015 ed è stato promosso dalla Regione Toscana con il coinvolgimento

di istituti penitenziari appartenenti a sei Regioni italiane. Tale indagine ha evidenziato che il 41% della popolazione detenuta presentava almeno una diagnosi riconducibile a un disturbo mentale, anche in comorbidità con problematiche legate alle dipendenze, mentre il 24% risultava affetto da dipendenza da sostanze. Un dato più recente è fornito dal Rapporto Antigone 2022, secondo cui la percentuale media di persone detenute con una diagnosi psichiatrica grave, negli istituti della Lombardia, era pari al 12%, con un incremento del 10% rispetto all'anno precedente. Tuttavia, gli stessi autori del rapporto precisano che l'osservazione condotta non ha natura epidemiologica e non si configura come un'indagine di tipo medico-sanitario.

Statement 15

Si evidenzia la necessità che tutte le Istituzioni competenti promuovano e sostengano in maniera attiva lo sviluppo della ricerca scientifica, in particolare di tipo epidemiologico, finalizzata alla rilevazione della prevalenza e delle caratteristiche dei disturbi psichiatrici in ambito penitenziario. Gli operatori dei servizi di Salute Mentale segnalano, in particolare, che a seguito della chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, le risorse attualmente disponibili per l'assistenza alle persone detenute affette da disagio psichico risultano insufficienti, sia per quanto riguarda la disponibilità di posti dedicati (ATSM), sia in termini di dotazione organica del personale specialistico. A tal fine, risulta imprescindibile procedere a una definizione condivisa degli standard minimi strutturali, organizzativi e professionali necessari affinché tale diritto sia effettivamente garantito e concretamente esigibile.

Il rischio di suicidio in carcere e attività di prevenzione

Il 2024 si è chiuso con il drammatico primato dell'anno con il più alto numero assoluto di suicidi (90) negli istituti di pena italiani ed il secondo anno (dopo il 2022) in termini di "tasso" di suicidi sulla popolazione di detenuti. Il tasso di suicidalità ha raggiunto il valore

di 14,7/10.000 persone nelle carceri, circa 20 volte più elevato rispetto a quello della popolazione generale, tasso mediamente raddoppiato negli ultimi 3 anni, in rapporto all'andamento, già fortemente impattante, del precedente decennio. Gli studi più recenti disponibili in Italia (Balio et al 2020 e Calati et al. 2024) indicano che la presenza di disagio psichico è solo una delle variabili associate al rischio di suicidio. È confermato da tutti gli studi il forte impatto delle problematiche di abuso di sostanze stupefacenti; si rileva un rischio sempre maggiore nella popolazione detenuta di origine straniera, in cui si associano frequentemente importanti criticità di natura sociale e di barriera linguistica e culturale rende spesso più complesso un approccio integrato di supporto e prevenzione. Il Piano regionale per la prevenzione del rischio suicidario nel sistema penitenziario per adulti (DGR n.6653 dell'11/7/2022), definisce linee di indirizzo comuni per far sì che in ogni istituto penitenziario siano intraprese le azioni più efficaci per la presa in carico dei detenuti con problemi di disagio psichico e sia definita la comune base operativa alla quale gli operatori dei servizi cointeressati devono attenersi negli interventi di prevenzione rispetto agli agiti autolesivi. Laddove si è provveduto a stilare protocolli locali, sulla scia di quanto indicato nel piano regionale, attivando anche eventi di formazione condivisa tra il personale sanitario e quello di PP, si è potuta sviluppare una maggiore sensibilità degli operatori e si è passati da una fase (Delibera X/809 del 11/10/2013) in cui la competenza specifica veniva delegata principalmente al personale psicologico con colloqui in prossimità dell'ingresso del detenuto e successivamente per una valutazione del grado di adattamento, ad una fase (DGR n.6653 dell'11/7/2022) in cui la responsabilità è condivisa tra tutti coloro che vengono a contatto con i possibili soggetti a rischio, introducendo una modalità di valutazione iniziale standardizzata (questionario PSS2) da parte del medico subito dopo l'ingresso in Istituto del detenuto, proseguendo, come in passato con le valutazioni più o meno strutturate da parte delle figure degli

psicologi ed, in casi specifici, da parte dello psichiatra, ma anche alla prescrizione di un livello di attenzione da parte del personale di PP e di tutti i possibili interlocutori dei detenuti che, una volta intercettato un segnale più o meno evidente di aumento del rischio specifico, tramite un sistema di allerta e di comunicazione istantanea, permettano confronti immediati condivisi tra tutti gli interessati (staff multidisciplinari) e monitoraggi più scrupolosi per evitare pericolose disattenzioni o dilazioni, spesso fatali. Della stessa delibera (DGR 809/2013) sono in corso di revisione le Linee di indirizzo per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei soggetti minorenni sottoposti a procedimento penale.

Statement 16

Si ritiene necessario tramite la collaborazione del personale sanitario e dell'amministrazione penitenziaria, raggiungere uniformità nell'applicazione di Protocolli di prevenzione del Rischio suicidario in carcere in tutti gli istituti di pena.

Risorse adeguate ai bisogni di salute mentale in carcere

A seguito del combinato disposto della chiusura degli OPG con la L.81/2014, della sentenza della Corte Costituzionale 99/2019, di orientamenti giurisprudenziali in materia, si rileva un numero sempre crescente non solo di "misure di sicurezza" per persone dichiarate non imputabili e socialmente pericolose, ma anche di detenuti in attesa di individuazione di una struttura dove poter fruire dei benefici di "misure alternative" alla detenzione intramuraria.

Se rispetto alla grave questione dei detenuti *sine titulo*, in particolare in attesa di Rems, questione per cui l'Italia è stata più volte condannata in sede CEDU negli ultimi anni, si sta già provvedendo grazie all'attivazione del PUR ed alla fattiva collaborazione con le strutture REMS, resta problematico l'accesso ai percorsi comunitari per le numerose altre fattispecie in cui può rendersi indicato tale tipo di percorso.

Statement 17

Si ritiene che, se da un lato sia necessario potenziare e garantire di sufficienti standard di risorse le aree di assistenza psichiatrica all'interno degli Istituti detentivi, d'altra parte risulta necessario garantire standard strutturali capaci di garantire il rispetto degli individui detenuti, evitando condizioni tali (sovraffollamento, spazi minimi consentiti, spazi comuni adeguati etc.) che finirebbero inevitabilmente per indurre essi stessi patologia psichiatrica.

BIBLIOGRAFIA

1. Legge n. 833 del 23.12.1978
2. Legge n. 81 del 30.05.2014
3. Legge n. 354 del 26.07.1975
4. Cassazione Sezioni Unite sentenza n. 9163 del 25.01.2005
5. Cassazione Penale sentenza n. 16975 del 12.02.2013
6. Cassazione Penale sentenza n. 43476 del 18.05.2017
7. Corte Costituzionale sentenza n. 114 del 9.04.1998
8. Corte Costituzionale sentenza n. 186 del 24.06.2015
9. Corte Costituzionale sentenza n. 99 del 19.04.2019
10. Corte Costituzionale sentenza n. 22 del 27.01.2022
11. Consiglio Superiore della Magistratura. Relazione della Commissione congiunta sullo stato attuale delle REMS. 12.11.2024
12. Deliberazione della Giunta Regione Lombardia Delibera X/809 dell'11.10.2013
13. Deliberazione della Giunta Regione Lombardia n. 5340 del 27.06.2016
14. Deliberazione della Giunta Regione Lombardia n. 6653 dell'11.07.2022
15. Deliberazione della Giunta Regione Lombardia 1296 del 13.11.2023
16. Deliberazione della Giunta Regione Lombardia n. XII/362 del 16.12.2024
17. Rep. Atti n. 188/CU del 30 novembre 2022
18. *Linee di indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità* documento della Regione Emilia e Romagna del 29.05.2013
19. JA Implemental 2024 <https://ja-implemental.eu/about/>
20. *Borderline personality disorder: Treatment and Management*. The Nice Guideline. National collaborating centre for mental health. 2009.
21. Comitato Nazionale per la Bioetica– *Salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere* del 22.03.2019
22. Progetto “Orizzonti di Libertà” Regione Toscana studio 2015 www.goticatoscana.eu/it/progetti/#0004
23. Rapporto Antigone 2022 sulle condizioni di detenzione
24. Balio, C., Norwood, C., McFarlane, T., Rusyniak, D., & Blackburn, J. (2021). *Healthcare utilization among justice-involved individuals enrolled in Medicaid: Lessons from a Midwestern state*. Health Services Research, 56(S2), 24–24
25. Calati R et al. Suicide in prison in the North of Italy (1993-2022): a case-control study examining differences between suicides inside and outside prison. Int Clin Psychopharmacol. 2025 Sep 1;40(5): 288-294
26. Paola Di Nicola. *Vademecum per tentare di affrontare e risolvere il problema dell'assenza di posti nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza*. Archivio Diritto Penale Uomo. 13.12.2017
27. Ugo Fornari. *Trattato di psicopatologia e di psichiatria forensi IX edizione*. Utet Giuridica, 2024
28. Lišanti G, Vaia A, Von Hogersthal LBH et al. *A long trip toward REMSs: critical issues and perspectives in admitting patients to the Italian forensic psychiatric system*. Eur Psychiatry. 2023;66(S1): S537–S538
29. Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale. Relazione al Parlamento. 15.06.2023
30. Rivellini G, Pessina R, Pagano AM et al. *Il sistema REMS nella realtà italiana: autori di reato, disturbi mentali e PDTA*. Riv Psichiatr. 2019;55(6):83–134
31. Istituto Superiore di Sanità. *Gruppo di lavoro per linee guida e buone pratiche in psichiatria forense*. Roma; 2024
32. A.A. V.V., *Il sistema REMS nella realtà italiana: autori di reato, disturbi mentali e pdta*, in Riv. psch., 55, 2019, p. 87 ss, p. 109 ss
33. A.A. V.V., *Il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari: a new deal per la salute mentale?*, in Riv. psich., 50, 2015, p. 199 ss
34. Allegri A. P., Giors B., Miravalle M., *Salute mentale e questione criminale: dal superamento normativo degli O.P.G. all'attuazione della riforma*, Napoli, 2022
35. Allegri A. P., *Le liste d'attesa per l'accesso in REMS. Modelli di tenuta tra esigenze di cura ed aspirazioni securitarie*, Napoli, 2022

35. Cavaliere A., *Misure di sicurezza e doppio binario*.
Considerazioni introduttive, in Riv. it. dir. proc.
pen., I, 2022, p. 343 ss
36. Centonze F., *L'imputabilità, il vizio di mente e i
disturbi della personalità*, in Riv. it. dir. e proc. pen.,
48, 2005, p. 247 ss
37. Pelissero M., *Pericolosità sociale e doppio binario*.
Vecchi e nuovi modelli di incapacitazione, Torino, 2008

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
 1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features*. J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.
- Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

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



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

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

