



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria

LINEE DI INDIRIZZO PER LA REALIZZAZIONE DEI PROGETTI REGIONALI VOLTI AL RAFFORZAMENTO DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE REGIONALI



INSERTO DI
PSICHIATRIA OGGI
Anno XXXVII

INDICE

PROGETTO FORMATIVO REGIONALE DI PSICHIATRIA FORENSE: LE LINEE DI INDIRIZZO PER LA REALIZZAZIONE DEI PROGETTI REGIONALI VOLTI AL RAFFORZAMENTO DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE REGIONALI	04
<i>Gruppo di lavoro: Bondi Emi, Cicolini Alessia, Durbano Federico, Migliarese Giovanni, Salvi Virginio, Toscano Marco Otto, Vita Antonio</i>	
COS'È LA DELEGA SECURITARIA, COSA C'ENTRA IL DIBATTITO SULLA IMPUTABILITÀ E CENNI A NUOVI PROFILI GIURIDICI CHE METTONO ANCORA PIÙ IN DIFFICOLTÀ I DSMD	16
27 MAGGIO 2024 <i>Amatulli Antonio</i>	
TAVOLA ROTONDA SULLE EQUIPE FORENSI: DALLA TEORIA ALL'APPLICAZIONE PRATICA	22
27 MAGGIO 2024 <i>Bavaro Ivan</i>	
L'ESPERIENZA DELL'EQUIPE DI PSICHIATRIA FORENSE DELL' ASST MELEGNANO-MARTESANA	25
27 MAGGIO 2024 <i>Gruppo di lavoro: Bertini Mara, D'Apolito Erika, Guercilena Daniele, Durbano Federico</i>	
VIGNETTA CLINICA: DISTURBO DI PERSONALITÀ, ABUSO DI SOSTANZE E AUTORI DI REATO	28
20 MAGGIO 2024 <i>Calento Antonio</i>	
DESCRIZIONE DEL PROTOCOLLO OPERATIVO IN TEMA DI MISURE E DI SICUREZZA PER IL DISTRETTO DI MILANO E DI BRESCIA: REALE APPLICABILITÀ E PROBLEMI APERTI	35
27 MAGGIO 2024 <i>Cerveri Giancarlo</i>	
PERITI E DSMD: QUALI PERCORSI INTEGRATI	39
20 MAGGIO 2024 <i>Cicolini Alessia</i>	
EQUIPE FORENSE E PSICHIATRIA PENITENZIARIA DI MONZA	43
27 MAGGIO 2024 <i>Cova Francesca</i>	
PATOLOGIE COMPLESSE E DIAGNOSI: LA REMS COME UNICA STRADA?	48
6 MAGGIO 2024 <i>Durbano Federico</i>	

INDICE

IL CONTENUTO CLINICO DELL'INFERMITÀ DI MENTE 6 MAGGIO 2024 <i>Fornari Ugo</i>	54
PERICOLOSITÀ SOCIALE CRIMINALE E PSICHIATRICA 6 MAGGIO 2024 <i>Fornari Ugo</i>	58
LE AZIONI DI REGIONE LOMBARDIA 6 MAGGIO 2024 <i>Limosani Ivan</i>	62
IL SERVIZIO SOCIALE NELLE REMS E I PERCORSI DI REINSERIMENTO SOCIALE 27 MAGGIO 2024 <i>Panni Noemi</i>	68
MISURA DI SICUREZZA DETENTIVA DELLA REMS, LIBERTÀ VIGILATA, MISURE PROVVISORIE E DEFINITIVE 6 MAGGIO 2024 <i>Secchi Beatrice</i>	70
SULLE EQUIPE FORENSI: DALLA TEORIA ALL'APPLICAZIONE PRATICA 27 MAGGIO 2024 <i>Stanga Valentina</i>	75
SMOP E ALTRI SISTEMI INFORMATIVI DI GESTIONE DEI SOGGETTI AUTORI DI REATO 27 MAGGIO 2024 <i>Vanna Poli</i>	77
PROTOCOLLO DI MILANO	82
PROTOCOLLO DI BRESCIA	84



Regione
Lombardia

Board Scientifico:

E. Bondi

G. Cerveri

A. Cicolini

F. Durbano

G. Migliarese

V. Salvi

M.O.M. Toscano

A. Vita

Formazione
Progetto
Rafforzamento
DSMD

6Maggio2024
MILANO

HOTEL HILTON GARDEN INN
Milan North
Via Lucio Giunio Columella, 36

PRIMA GIORNATA

Concetti teorici
di psichiatria Forense



PRIMA GIORNATA

Concetti teorici di psichiatria Forense

L'importanza di questo evento residenziale è fissare i principi giuridici e di psicopatologia forense per fornire ai professionisti dei validi parametri di riferimento nella gestione e nella cura dei pazienti autori di reato.

La DGR 1981/2014 ha previsto di sostenere l'attività territoriale mediante la formazione di equipe forensi da inquadrare nei Dipartimenti di Salute Mentale delle ASST. Con la delibera X/5340 del 2016 le equipe forensi hanno avuto una dotazione ed attualmente, per la maggior parte delle ASST, l'equipe forense mantiene un ruolo di monitoraggio degli utenti e di coordinamento interno tra le varie strutture territoriali del DSMD, fra cui le Case Circondariali, e con le REMS per la gestione del percorso terapeutico. Le funzioni delle equipe forensi delle diverse ASST del territorio lombardo risultano al momento disomogenee e una armonizzazione, uno sviluppo e/o consolidamento delle funzioni svolte risulta necessaria. Tale formazione pone le basi per la conoscenza del concetto di infermità di mente, di imputabilità, di pericolosità sociale psichiatrica e criminale e delle misure di sicurezza per arginarla. Saranno prese in rassegna le principali linee guida e i servizi di psichiatria Forense europea sul management del paziente psichiatrico autore di reato.

Responsabili Scientifici

Giancarlo Cerveri, Alessia Cicolini

PROGRAMMA SCIENTIFICO

Saluti istituzionali

Guido Bertolaso, *Assessore Welfare Regione Lombardia*

Rossana Giove, *DSS G.Pini Referente Psichiatria Penitenziaria*

Guido Grignaffini, *DG ASST Lodi*

Ivan Limosani, *Dirigente Regionale Salute Mentale*

09.30-10.00

Registrazione partecipanti

Chairman: G. Cerveri, A. Cicolini

10.00-10.30

Concetto di infermità di mente e di imputabilità

Ugo Fornari

10.30-11.00

Cenni storici con il passaggio della cornice giuridica dagli OPG alle REMS, legge 81/2014

Monica Cali

11.00-11.30

Pericolosità sociale psichiatrica e criminale, indicatori clinici interni ed esterni

Ugo Fornari

11.30-12.00

Discussione sugli argomenti trattati

12.00-13.00

L u n c h

Chairman: E. Bondi, A. Vita

13.00-13.30

Istituzione del P.U.R. e gli interventi regionali in tema di autori di reato

Ivan Limosani

13.30-14.00

Misura di sicurezza detentiva della REMS, libertà vigilata, misure provvisorie e definitive

Beatrice Secchi

14.00-14.30

Patologie complesse e Diagnosi: la REMS come unica strada?

Federico Durbano

14.30-15.00

Discussione sugli argomenti trattati

15.00-15.30

Questionario ECM

MISURA DI SICUREZZA DETENTIVA DELLA REMS, LIBERTÀ VIGILATA, MISURE PROVVISORIE E DEFINITIVE

6 MAGGIO 2024

Secchi Beatrice

Magistrato presso il Tribunale di Milano

In considerazione dell'argomento che mi è stato chiesto di affrontare, parlerò brevemente degli aspetti strettamente giuridici delle misure di sicurezza.

Un breve cenno in ordine ai presupposti applicativi di ogni misura di sicurezza personale, pur nella necessità di limitare il mio intervento alle misure di sicurezza applicabili ai soggetti nei cui confronti sia stato riconosciuto un vizio parziale o totale di mente (per noi imputati, condannati con pena ridotta o assolti, per voi pazienti).

Questi presupposti sono:

- l'aver commesso un fatto previsto dalla legge come reato;
- la pericolosità sociale del soggetto, intesa come probabilità di commissione di nuovi fatti di reato.

Una parentesi, in realtà essenziale, in un punto di pericolosità sociale.

A fondamento delle misure di sicurezza personali vi è un giudizio prognostico di pericolosità sociale, che nel soggetto portatore di disturbo psichiatrico assume una connotazione ben precisa e fortemente connessa al relativo quadro patologico della persona. Si parla più correttamente di pericolosità sociale psichiatrica.

Bisogna distinguere il concetto di pericolosità sociale psichiatrica (oggetto di accertamento peritale), declinabile in elevata e attenuata, che si identifica con la necessità attuale di cure e assistenza in regime di coazione o di libertà vigilata, da quello di pericolosità sociale, che è

una categoria prettamente giuridica e si fonda sui presupposti indicati dagli articoli 203 c.p. e 133 c.p., come prognosi criminale e rischio di recidiva, che rimane di competenza del giudice.

Nella valutazione di questo presupposto di applicabilità delle misure di sicurezza è all'evidenza importante il ruolo dell'esperto, detentore del sapere scientifico, e della **perizia**, a supporto della valutazione del giudice. Importanza che, tuttavia, non deve e non può tradursi in una delega totale a clinici e psichiatri di un giudizio che resta sempre di pertinenza della magistratura ed ancorato a parametri psichiatrico-forensi. Sul punto non può non richiamarsi il consolidato orientamento della giurisprudenza di legittimità secondo cui *“il giudizio sulla pericolosità sociale, rilevante ai fini dell'applicazione di una misura di sicurezza, costituisce compito esclusivo del giudice che deve tenere conto dei rilievi dei periti sulla personalità, sui problemi psichiatrici e sulla capacità criminale dell'imputato per valutare l'effettivo pericolo di recidiva, ma anche degli altri parametri desumibili dall'art. 133 c.p.”*.

È chiaro che quando si discosta dalle conclusioni del perito il giudice ha comunque sempre *“l'obbligo di motivare adeguatamente il proprio avviso contrario”*.

L'importanza del ruolo del perito, porta con sé l'assoluta necessità di un quesito aderente alla nuova normativa e non eccessivamente sintetico. Sul punto ricordo che il Protocollo di Milano contiene un “suggerimento” di quesito che mi pare adeguatamente completo.

Le misure di sicurezza rilevanti in relazione all'autore di reato affetto da vizio parziale o totale di mente sono: l'ospedale psichiatrico giudiziario e la casa di cura e di custodia (rispettivamente per il soggetto totalmente incapace e per quello parzialmente incapace) da eseguirsi presso REMS e la libertà vigilata (per entrambi) (nonostante la chiusura degli OPG, il nostro codice penale non è stato modificato né coordinato con la legge n. 81 e parla ancora di ospedale psichiatrico giudiziario e casa di cura e di custodia).

Le prime sono misure di sicurezza detentive, la seconda è non detentiva e può essere territoriale o comunitaria.

Autorità giudiziaria competente: il GIP o il Giudice del dibattimento che possono applicare la misura di sicurezza sia in via provvisoria nel corso del procedimento e del processo sia in via definitiva al momento dell'emissione della sentenza. Anche la Corte d'Appello può applicare una misura di sicurezza, sebbene ciò avvenga raramente.

L'applicazione di misura di sicurezza in via provvisoria può dunque avvenire sia nel corso delle indagini che nel corso del processo. Vi sono casi in cui, disposta una misura cautelare, emerga la patologia psichiatrica dell'imputato, con sostituzione della misura cautelare con una misura di sicurezza (provvisoria).

Non raramente accade che in udienza di convalida di arresto in flagranza o in sede di interrogatorio successivo all'applicazione di misura cautelare si possano cogliere tratti estremamente problematici nella personalità dell'imputato. In alcuni casi la difesa è in grado di produrre documentazione relativamente alla presa in carico del soggetto da parte dei centri di salute mentale o comunque relativa alle condizioni di salute psichica del soggetto. In altri casi, di maggiore emarginazione sociale, non si dispone di alcuna documentazione.

In questi casi, viene normalmente disposta nel più breve tempo possibile una perizia (ovvero una consulenza da parte del PM) con un quesito sia relativo alla capacità di intendere e di volere che alla pericolosità sociale.

Ove, in considerazione del quadro emerso, si debbano ritenere presenti esigenze cautelari di una certa rilevanza, può utilmente disporsi misura cautelare ex art. 286 c.p.p. ed utilizzare il tempo del ricovero (necessariamente breve) per disporre i necessari accertamenti. Ancora una volta è estremamente importante che il perito si rapporti con i servizi territoriali e valuti con attenzione – nel caso in cui formuli un giudizio di pericolosità sociale - la possibilità/utilità di disporre la misura di sicurezza della libertà vigilata, eventualmente con obbligo di permanenza presso struttura comunitaria terapeutica.

La misura di sicurezza disposta in via provvisoria, se non revocata dal Giudice e confermata in sede di emis-

sione della sentenza, permane sino alla irrevocabilità della sentenza stessa.

La misura di sicurezza, anche quando disposta in via provvisoria, è comunque soggetta alla regola della necessaria rivalutazione semestrale della pericolosità sociale. Questa rivalutazione peraltro spesso non avviene.

Quando la sentenza diventa irrevocabile (passa in giudicato), gli atti vengono trasmessi al magistrato di sorveglianza che dovrà valutare l'attualità della pericolosità sociale del condannato (o assolto per vizio totale di mente) e, in caso positivo, dichiarare eseguibile la misura di sicurezza.

Il Magistrato di Sorveglianza fonda sostanzialmente la propria decisione sulle relazioni che vengono inviate dai DSM e che evidenziano l'evoluzione della storia clinica del paziente. È a mio avviso importante in questi casi tenere ben distinta la necessità di cura del soggetto dalla valutazione sulla sua pericolosità sociale e non protrarre indefinitamente nel tempo l'applicazione di misure di sicurezza, e specificamente della libertà vigilata (che non ha termine di durata massima) in assenza di una concreta pericolosità sociale del paziente e solo per "il timore" che un abbandono della cura possa determinare la ricaduta nel delitto. Soprattutto quando i servizi psichiatrici riescono a creare un'alleanza terapeutica con il paziente (che viene in pratica convinto a recarsi al servizio, anche talvolta in assenza di una completa consapevolezza di malattia), può giungersi alla revoca della misura di sicurezza della libertà vigilata. Già si è detto che la pericolosità sociale non può essere sovrapposta acriticamente alla necessità di cura, ma postula un giudizio sulla probabilità che il soggetto possa commettere reati. È utile che questo aspetto venga affrontato nelle vostre relazioni, fermo restando che la responsabilità ultima della revoca di una misura di sicurezza è del Magistrato.

Quali sono i principi che il Magistrato deve seguire nell'applicazione delle misure di sicurezza.

Ricordo che l'art. 1 del d.l. 52/2014, convertito nella legge 81/2014 dispone: Il giudice dispone nei confronti

dell'infermo di mente e del seminfermo di mente l'applicazione di una misura di sicurezza, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura e custodia, salvo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosità sociale, il cui accertamento è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale. Allo stesso modo provvede il magistrato di sorveglianza quando interviene ai sensi dell'articolo 679 del codice di procedura penale. Non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali.

È assolutamente pacifico che questi criteri si applichino sia alle misure di sicurezza definitive che a quelle provvisorie.

In sintesi i principi di fondo della legge n. 81 ai quali il magistrato deve attenersi sono:

- il principio di priorità della cura necessaria,
- l'essere la misura di sicurezza detentiva misura residuale e transitoria,
- la centralità del progetto terapeutico individuale,
- il principio di territorialità (strettamente connesso alla finalità della cura che è necessariamente anche quella del reinserimento del soggetto nel tessuto sociale dal quale proviene).

Quindi: in base all'attuale normativa la misura di sicurezza detentiva (OPG o casa di cura e di custodia, entrambe da eseguirsi presso Rems) ha in primo luogo assunto il **carattere della eccezionalità**. La legge dispone chiaramente che la misura di sicurezza detentiva può essere disposta solo quando siano acquisiti elementi dai quali risulta che ogni altra misura di sicurezza – vale a dire la libertà vigilata – non è idonea ad assicurare cure adeguate a fronte della pericolosità sociale dell'imputato.

La mancanza del programma terapeutico individuale (che deve essere predisposto dal servizio territoriale) è per

espressa disposizione di legge elemento che non può essere considerato al fine di supportare il giudizio di pericolosità sociale. Questa fondamentale disposizione implica che l'abbandono dell'autore del reato, la circostanza cioè che l'autore di reato non sia "preso in carico" da nessun servizio, non è elemento che possa essere posto a base della valutazione del giudizio di pericolosità sociale. Sul punto deve essere ricordata la sentenza della Corte Costituzionale n. 186/2015 che espone principi importanti e sul punto specifico afferma: "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".

Ancora: sempre per espressa disposizione di legge, non sono elementi che possano supportare un giudizio di pericolosità prodromico all'applicazione di misura di sicurezza detentiva le condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo di cui all'**art. 133 II comma n. 4 c.p.**

Questo significa che, per espressa disposizione di legge, il Giudice non potrà ritenere necessaria la misura di sicurezza detentiva in ragione delle condizioni di vita particolarmente svantaggiate dell'imputato. Questa norma è stata voluta per interrompere la realtà di internamenti determinati o prorogati in ragione delle condizioni di emarginazione sociale del soggetto e dunque **di porre freno alla categoria di origine giurisprudenziale della c.d pericolosità latente.**

La legge ha dunque espressamente stabilito che l'internamento in REMS può avvenire sulla base dei soli **indicatori interni**, ossia sulla base delle sole qualità soggettive della persona, senza tenere conto di condizioni di vita, familiari e sociali o per carenza di programmi di cura.

Questo passaggio è stato confermato dalla Corte Costituzionale (sentenza n. 186 del 24.06.2015) che ha dichiarato la costituzionalità della norma ed affermato che questa limitazione vale "solo per disporre il ricovero di una persona in ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura". La limitazione non riguarda in generale la pericolosità sociale, ma ha lo scopo di riservare le misure

estreme ai soli casi in cui sono le **condizioni mentali** della persona a renderle necessarie.

È pacifico che le condizioni di cui all'art. 133 n. 4 c.p. possono – o meglio devono – essere tenute presenti in senso favorevole all'imputato; questo significa che l'esistenza di una rete familiare e sociale di sostegno può essere considerata elemento suscettibile di supportare un giudizio di non necessità della misura di sicurezza detentiva.

L'internamento in REMS ha assunto non solo, come si è anticipato, il carattere della eccezionalità, **ma anche della transitorietà**: il Dipartimento di salute mentale competente per ogni internato deve predisporre, entro tempi stringenti, un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, poi inviato al giudice competente, in modo da rendere transitorio il ricovero in struttura e tale da strutturare un ritorno sul territorio del soggetto.

Deve dunque evidenziarsi che la riforma ha posto al centro del sistema i dipartimenti di salute mentale, titolari dei programmi terapeutici individuali; **le Rems oggi sono solo un elemento del sistema di cura** e riabilitazione dei pazienti psichiatrici autori di reato. I dipartimenti di salute mentale, servizi territoriali ai quali è affidata la cura dei malati psichici e titolari del programma terapeutico individuale, **hanno assunto un ruolo centrale**. Anche se purtroppo le risorse finanziarie dei dipartimenti non sono state aumentate come la nuova legge avrebbe necessariamente richiesto.

Un dato è pacifico in quanto espresso dalla legge e sottolineato in importanti pronunce della Corte Costituzionale: la misura di sicurezza detentiva deve essere utilizzata con estrema cautela. È pacifico l'effetto iatrogeno del ricovero, della prolungata istituzionalizzazione e della privazione della libertà del malato.

Non può essere attribuita ad una istituzione – nella specie la REMS – una funzione che deve essere svolta da altri. La cura del soggetto deve avvenire nei contesti a ciò specificamente deputati, riservando la misura di sicurezza detentiva ai soli casi nei quali il soggetto – sulla base di una valutazione rispettosa dei criteri di legge – debba

essere considerato socialmente pericoloso e bisognoso di misura detentiva.

Un dato è certo: sino a quando la magistratura, da un lato, ed i medici, dall'altro, non riusciranno a realizzare una collaborazione sostanziale – indipendentemente e nonostante dalla mancanza di risorse che affligge tutti noi – la legge di riforma resterà lettera morta.

La misura di sicurezza detentiva ha una **durata massima**, decorsa la quale il soggetto non potrà più esservi sottoposto.

La libertà vigilata, misura di sicurezza non detentiva, non ha durata massima.

Problema assolutamente rilevante è quello, notorio, delle **liste d'attesa** per fare ingresso nelle REMS: sappiamo bene che i soggetti destinatari di misura di sicurezza detentiva che rimangono in lista d'attesa o sono liberi oppure, nei casi in cui la misura cautelare della custodia in carcere è stata sostituita con la misura di sicurezza detentiva, rimangono detenuti. Questo dovrebbe portare ad una seria riflessione in quanto, nei fatti, noi disponiamo misure di sicurezza detentive che o rimangono ineseguite o sono alla base di detenzioni pacificamente illegittime. Anche in questo caso una seria implementazione dei servizi territoriali e delle possibilità di collocamento in comunità dei destinatari di misura di sicurezza, potrebbe pacificamente contribuire ad affrontare efficacemente il problema. È ovvio che sarebbero necessari appropriati stanziamenti al fine di dotare i servizi territoriali di personale, medico ma non solo (assistenti sociali, educatori).

Altro punto ancora oggi non adeguatamente affrontato è quello delle prescrizioni inerenti la misura di sicurezza della libertà vigilata, espressamente previste dall'art 228 cp. È assolutamente indispensabile che il magistrato indichi precisamente le prescrizioni alle quali il libero vigilato deve attenersi. Soprattutto nel caso in cui il soggetto sia collocato in comunità, il fatto che il magistrato indichi chiaramente le prescrizioni connesse alla misura è indispensabile anche per fare comprendere a coloro che devono gestire la situazione ed impostare la cura i confini entro i quali devono e possono muoversi.

Un tema dolente è quello dei **soggetti stranieri ed irregolari sul territorio**. Si tratta di soggetti normalmente privi di collegamenti sul territorio, che molte volte vivono in situazioni di assoluta indigenza; spesso si tratta addirittura di soggetti privi di una abitazione. Soggetti dunque nei cui confronti è particolarmente complicato un approccio diverso da quello prettamente custodialistico. Sono soggetti che non sono quasi mai "in carico" ad una struttura sanitaria. Si tratta però di persone nei cui confronti devono essere seguiti gli stessi criteri e principi sopra indicati.

L'art. 35, comma III, d.lvo 286/1998 stabilisce che ai cittadini stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno sono assicurate nei presidi pubblici ed accreditati le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva e salvaguardia della salute individuale e collettiva". La circolare del Ministero Salute n. 5 del 2000 afferma: "In ordine alla tipologia di prestazioni previste dal terzo comma dell'art. 35 del testo unico si chiarisce che: per cure urgenti si intendono le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona; per cure essenziali si intendono le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti). È stato, altresì, affermato dalla legge il principio della continuità delle cure urgenti ed essenziali, nel senso di assicurare all'infermo il ciclo terapeutico e riabilitativo completo riguardo alla possibile risoluzione dell'evento morboso." Anche gli stranieri "irregolari", dunque, hanno diritto alla cura, devono necessariamente essere "presi in carico" dai dipartimenti di salute mentale e nei loro confronti devono essere predisposti programmi di cura. Ancora una volta si presenta il problema delle risorse economiche assicurate ai Dipartimenti di salute mentale.

Ringrazio tutti Voi per il lavoro che fate (in assoluto uno dei più difficili in quanto sempre a contatto con la sofferenza umana) augurandoVi *"lo slancio e la passione della speranza, l'intelligenza del cuore e l'attenzione, l'immedesimazione negli stati d'animo dei pazienti e l'ascolto delle loro parole, incrinata da un dolore talora infinito"* (Borgna E., L'agonia della psichiatria).

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

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

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

NORME EDITORIALI

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

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

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

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

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



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

Mauro Percudani e Massimo Clerici

Segretario:

Carlo Fraticelli

Vice-Segretario:

Giovanni Migliarese

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli

Consiglieri eletti:

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

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

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

Membri di diritto:

Claudio Mencacci
Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni