



**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

<b>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</b>	<b>04</b>
<i>Gruppo di lavoro: Bondi Emi, Cicolini Alessia, Durbano Federico, Migliarese Giovanni, Salvi Virginio, Toscano Marco Otto, Vita Antonio</i>	
<b>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</b>	<b>16</b>
27 MAGGIO 2024 <i>Amatulli Antonio</i>	
<b>TAVOLA ROTONDA SULLE EQUIPE FORENSI: DALLA TEORIA ALL'APPLICAZIONE PRATICA</b>	<b>22</b>
27 MAGGIO 2024 <i>Bavaro Ivan</i>	
<b>L'ESPERIENZA DELL'EQUIPE DI PSICHIATRIA FORENSE DELL' ASST MELEGNANO-MARTESANA</b>	<b>25</b>
27 MAGGIO 2024 <i>Gruppo di lavoro: Bertini Mara, D'Apolito Erika, Guercilena Daniele, Durbano Federico</i>	
<b>VIGNETTA CLINICA: DISTURBO DI PERSONALITÀ, ABUSO DI SOSTANZE E AUTORI DI REATO</b>	<b>28</b>
20 MAGGIO 2024 <i>Calento Antonio</i>	
<b>DESCRIZIONE DEL PROTOCOLLO OPERATIVO IN TEMA DI MISURE E DI SICUREZZA PER IL DISTRETTO DI MILANO E DI BRESCIA: REALE APPLICABILITÀ E PROBLEMI APERTI</b>	<b>35</b>
27 MAGGIO 2024 <i>Cerveri Giancarlo</i>	
<b>PERITI E DSMD: QUALI PERCORSI INTEGRATI</b>	<b>39</b>
20 MAGGIO 2024 <i>Cicolini Alessia</i>	
<b>EQUIPE FORENSE E PSICHIATRIA PENITENZIARIA DI MONZA</b>	<b>43</b>
27 MAGGIO 2024 <i>Cova Francesca</i>	
<b>PATOLOGIE COMPLESSE E DIAGNOSI: LA REMS COME UNICA STRADA?</b>	<b>48</b>
6 MAGGIO 2024 <i>Durbano Federico</i>	

# INDICE

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



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**

**27 Maggio 2024**  
MILANO

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

TERZA GIORNATA

Equipe Forensi



## TERZA GIORNATA Equipe Forensi

Nel corso verranno fornite nozioni sulla gestione della lista d'attesa per le REMS. L'Accordo della Conferenza Unificata Stato Regioni il 30.11.22, al fine di "regolamentare efficacemente lo svolgimento delle funzioni delle istituzioni coinvolte nella gestione dei pazienti cui è applicata la misura di sicurezza", costituisce il Punto Unico Regionale (P.U.R.) con l'obiettivo di fornire supporto all'Autorità giudiziaria per dare esecuzione ai provvedimenti applicativi di misura di sicurezza detentivi e non detentivi in base al principio di territorialità.

La gestione degli ospiti della REMS prevede una serie di fasi messe in pratica fin dall'accoglimento e che comprendono in primis, una valutazione multiprofessionale in équipe (psichiatra, psicologo, educatore, infermiere) che dura 2-3 settimane e ha lo scopo di strutturare gli obiettivi per ogni singolo paziente nella compilazione del PTRI da condividere con i servizi di salute mentale territoriali. Il corso vuole offrire ai clinici un ampio panorama sui servizi delle REMS, la gestione delle liste d'attesa e sul lavoro in équipe forense. Scopo del corso è valutare le buone norme di assistenza di questi pazienti nell'ottica di un loro recupero psichico.

Responsabili Scientifici  
Giancarlo Cerveri, Federico Durbano

## PROGRAMMA SCIENTIFICO

- 09.30-10.00 Registrazione partecipanti
- Chairman: A. Cicolini, A. Vita**
- 10.00-10.30 DSMD e Magistratura: quali percorsi condivisi  
**Nicolò Giuseppe**
- 10.30-11.00 SMOP e altri sistemi informativi di gestione dei soggetti autori di reato  
**Vanna Poli**
- 11.00-12.00 **Tavola rotonda** sulle equipe forensi: dalla teoria all'applicazione pratica  
**Ivan Bavaro, Mara Bertini, Chiara Cibra, Francesca Cova, Valentina Stanga**
- 12.00-12.30 Presentazione Protocolli di intesa per l'applicazione di un modello operativo di superamento degli OPG (Brescia, Milano)  
**G. Cerveri**
- 12.30-13.30 **Lunch**
- Chairman: G. Cerveri, F. Durbano**
- 13.30-14.00 Il servizio sociale nelle REMS ed i percorsi di reinserimento sul territorio  
**Noemi Panni**
- 14.00-14.30 Bisogni e criticità dalla parte dei caregivers per impostare un buon lavoro forense  
**Maria Gorlani**
- 14.30-15.30 **Tavola Rotonda**  
I compiti del DSMD nella gestione dei percorsi di cura  
**Antonio Amatulli, Giorgio Bianconi, Annabella Di Giorgio, Pierluigi Politi**
- 15.30-16.00 Questionario ECM

# 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

27 MAGGIO 2024

**Amatulli Antonio**

Mentre in generale le misure di sicurezza non detentive nei confronti di pazienti autori di reati e imputabili o semimputabili sono passate dal 10% al 90% circa in una ventina d'anni <sup>1</sup>, e (a mero titolo di esempio) nel Dipartimento da me diretto almeno l'85% dei pazienti rei, anche imputati di reati gravi e gravissimi, nel percorso della esecuzione penale sono inseriti nel circuito sanitario (dalla libertà vigilata in luoghi diversi alle REMS), mentre dunque segnali di passaggio del sistema da una centratura oppressiva e punitiva a un'altra più rispettosa delle libertà individuali e della mitigazione dell'intervento sanzionatorio in una prospettiva personalistica sono assolutamente evidenti, il dibattito è intenso e spesso la polemica è forte relativamente a due punti, fondamentale: la delega securitaria che sarebbe imposta ai DSMD dall'Autorità giudiziaria, dalle Forze dell'ordine e in generale dai corpi sociali, e la necessità che è vissuta come urgente di superare il concetto di infermità mentale per rendere tutti i pazienti imputabili.

Affrontando per prima la delega securitaria che molti addetti ai lavori lamentano, in premessa è utile ricordare come essa si inserisca, inevitabilmente, nella fisiologica compenetrazione nel tessuto sociale della nostra disciplina, che dispiega così il suo forte potere condizionante (giusto o sbagliato che sia), a fronte, per altro, di un sapere assolutamente più debole, a una intrinseca fragilità epistemologica della quale dobbiamo essere più consapevoli; fermo restando, certamente, il mandato costitutivo della cura. La quale, però, e ancora è richiesto uno sforzo di ulteriore consapevolezza, deve essere orientata anche alla protezione dei beni giuridici rilevanti dei nostri assistiti, richiedendo, quindi, una visione più generale, che tenga presenti tutte le variabili in gioco, dalla psicopatologia alle sue conseguenze, dal singolo individuo alle relazioni che intesse, ai sintomi considerati in sé stessi e ai comportamenti intesi come azioni che possono coinvolgere terze persone <sup>2</sup>.

La delega al controllo comportamentale/sociale altro non è se non la più o meno esplicita richiesta ai servizi della psichiatria di intervenire a normalizzare comportamenti che richiederebbero, in realtà, l'intervento esclusivo o condiviso di altre agenzie non sanitarie direttamente responsabili della sicurezza sociale. La forza polemica, materiale altamente infiammabile e a veloce propagazione, nasce dalla realtà e dal vissuto di subire questa delega indiscriminatamente. Riconosciuto che la consegna della delega di frequente accade, si ritiene qui utile focalizzare l'attenzione su cosa può essere messo in campo, oltre alla vis polemica e alle lamentazioni, a cura dei DSMD. La premessa è la seguente: una delega, per riuscire al suo scopo, per essere una delega a tutti gli effetti, deve essere data, ma deve anche essere accettata.

1. Zuffranieri M, Zanalda E. *Il percorso di superamento dell'OPG e i suoi effetti nell'applicazione delle misure di sicurezza*. Rassegna Italiana di Criminologia, 2021; XV, 4
2. Amatulli A. *Appunti sui pazienti autori di reato: il dibattito sull'imputabilità, i Dipartimenti di salute mentale e le direzioni possibili della esecuzione penale*. Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici, 2024:28

La domanda che ci poniamo è: possiamo non accettare queste deleghe? L'intervento nella giornata di lavori ha quindi brevemente presentato tre casi, reali, accaduti nel DSMD di cui mi occupo; due dei quali in cui la delega è stata riconsegnata al mittente e uno in cui la delega è stata accettata e messa in atto. Nei primi due casi, si trattava di dispositivi di misure di sicurezza provvisorie<sup>3</sup> che delineavano profili giuridici decisamente estranei allo stato psicopatologico e ai bisogni dei due pazienti coinvolti, emanati dal giudice su elementi per lo meno insufficienti e poco informati. In uno dei due casi, in sovrappiù, relativo alla disposizione di ricovero immediato in comunità specialistica psichiatrica (e il paziente ha 89 anni...), il giudice intimava per iscritto che, nel caso di non immediato reperimento di adeguata struttura, fosse compito obbligato del medico psichiatra effettuare un TSO. Nell'altro, mentre il servizio si era chiaramente espresso per l'assenza di diagnosi psichiatrica e attuali bisogni educativi rilevati nel minore che a seguito di aggressioni ai genitori era stato ricoverato in regime di libertà vigilata presso una struttura educativa e da lì, per altro episodio aggressivo, era stato tradotto all'IPM "Beccaria", inquadramento diagnostico effettuato in modo accurato, con colloqui e test dalle équipes del SPDC e del CPS in stretto collegamento (ivi compresa la équipe forense del Dipartimento), il giudice aveva disposto la libertà vigilata in una comunità terapeutica (a fronte, come detto, della valutazione del nostro servizio di assenza di una diagnosi psichiatrica).

In questi due casi forte è stato, appunto, il senso di delega securitaria imposta ai servizi, cui si sommava la contrarietà per inquadramenti (esterni) errati nonché, almeno in un caso, un'aria palpabile di tipo intimidatorio. I servizi, però, superata la fase con potenzialità contro reattive oppure soccombenti, ha intrapreso un percorso di approfondimento e di ricerca di corrette (e, diciamo subito, dirette, perché queste possono essere efficaci) interlocuzioni con l'Autorità giudiziaria per cui, in ambedue i casi, i giudici hanno rapidamente emanato due nuovi dispositivi dove i rispettivi regimi provvisori, nella forma della libertà vigilata, risultavano più confacenti ai profili personali, psicopatologici e sociali dei due pazienti interessati; ma, quello che qui più conta, hanno citato tra virgolette quanto relazionato dal DSMD, e a questo si sono richiamati, senza alcun rilievo o riserva, per rimodellare i rispettivi dispositivi. Dimostrando, quindi, l'autorevolezza che la psichiatria può avere se si muove nell'ambito delle appropriatezze cliniche e amministrative (**Figura 1**, primo caso; **Figura 2 e 3**, secondo caso).

Il terzo caso, invece, veniva presentato esclusivamente riportando l'ultima riga della richiesta di un ASO a nostra cura: "*Pertanto si richiede ASO per evitare episodi di clamorosità e per mantenerla più tranquilla*". Riportava, quindi, le modalità di piena accettazione della delega securitaria presentatoci, dove la paziente vedeva mutilati i propri diritti al contempo alla massima libertà personale possibile nella singola situazione e alla migliore cura fruibile. Le funzioni di lotta alle discriminazioni e alle disuguaglianze (leggi stigma), parti integranti della nostra disciplina, venivano

3. "*solo un paio di note rispetto alla perplessità (in parte ben comprensibile, sia chiaro) sollevate nello specifico dalle misure provvisorie. Intrinsecamente acuendosi le critiche che a misure limitative della libertà personale basate su generiche prognosi criminali a seguito di fatti per altro non ancora definitivamente ascritti all'agente posso essere rivolte, si ricorda che le misure provvisorie sono applicate in prossimità del fatto. Ciò implica la possibilità di mettere in atto (precoci) azioni di tutela dei soggetti interessati da fatti (ipoteticamente) di reato e da comportamenti (sicuramente) pericolosi che, spogliati i panni dei più uguali degli altri, gli operatori della salute mentale non possono nascondere nella loro verifica, così come non può essere negata la non infrequente sottoposizione degli operatori dei servizi ad aggressioni o minacce che, se causati nell'ambito (a causa) di alterazioni psichiche, ancora possono non essere stati affrontati con le cure adeguate. Non possiamo da una parte reclamare l'attenzione del legislatore e della cittadinanza tutta sui pericoli, sulle aggressioni e financo sui delitti perpetrati nei confronti dei lavoratori dei servizi della salute mentale e contemporaneamente negare la utilità di misure tempestive di tutela, a protezione delle fasi (anche precoci) dell'indagine che, dopo il fatto di reato, accompagnano l'implementazione dei successivi interventi di cura e assistenza*". Amatulli A, ivi

Figura 1

TERZA GIORNATA  
Equipe Forensi

Formazione Progetto Rafforzamento  
DSI

che il quadro clinico emergente dalla relazione di aggiornamento redatta dal personale dell'ASST Brianza consente, tuttavia, di ritenere fronteggiabile tale pericolo di recidiva ovvero di contenere la pericolosità sociale dell'imputato anche per il tramite di un percorso terapeutico in regime extramurario, quale la presa in carico di ZAMONER da parte del CPS di Cesano Maderno che provvederà ad eseguire visite domiciliari volte a monitorare costantemente i comportamenti del paziente;

che sussistono, quindi, i presupposti per la modifica delle modalità esecutive della misura di sicurezza provvisoria attualmente in essere, con conseguente revoca dell'obbligo di permanenza e cura dell'imputato presso una comunità terapeutica, pur permanendo l'obbligo di mantenere contatti con il CPS di Cesano Maderno ove l'imputato dovrà seguire un percorso terapeutico-riabilitativo secondo le modalità stabilite dal CPS medesimo;

Regione Lombardia

Figura 2

TERZA GIORNATA  
Equipe Forensi

Formazione Progetto Rafforzamento  
DSMD

vista la nota dell'ASST Brianza del 22.5.24, nella quale si dà atto che "l'inquadramento clinico dello [REDACTED] effettuato dal nostro Dipartimento di Salute Mentale (ASST Brianza) nel corso di una degenza in reparto psichiatrico ospedaliero (SPDC), in occasione delle consulenze psichiatriche in CPS e confermato anche da valutazioni testali personologiche, indica una Personalità immatura (ICD-10: F301.89), con verosimili tratti personologici, non pienamente strutturati afferenti al cluster B";

che, a fronte di questo inquadramento clinico, l'equipe psichiatrica, ritiene che "possa esistere attualmente un concreto rischio sanitario derivante dall'impropria psichiatrizzazione del ragazzo"; e che, "alla luce della sua giovane età e della scarsa strutturazione identitaria e personologica, appare

Regione Lombardia

Figura 3

TERZA GIORNATA  
Equipe Forensi

Formazione Progetto Rafforzamento DSMD

provvedimento penale”:  
 preso atto che, come specificato nell'aggiornamento dell'ASST, le caratteristiche peculiari delle proposte comunità sono quelle di poter offrire progetti educativi e riabilitativi specialmente indirizzati a minorenni e giovani adulti multiproblematici con procedimento penale per reati commessi da minorenni;  
 vista la richiesta del PM di modificare l'ordinanza del 15.5.24 prevedendo il collocamento di [redacted] in comunità educativa integrata, compatibile con le condizioni sanitarie dell'imputato,  
 PQM  
 a parziale modifica dell'ordinanza in data 15.5.24,  
 DISPONE il collocamento di [redacted] in comunità educativa integrata, compatibile con le condizioni sanitarie dell'imputato.

Regione Lombardia

così completamente disattese, e un atto sanitario, quale l'ASO, reificato in strumento di controllo sociale; infine, era confermata ai deleganti la visione dei servizi di psichiatria come normalizzatori comportamentali.

In tema di delega<sup>4</sup>, quindi, nell'intervento ci si è focalizzati sugli strumenti e sui percorsi per non accettarla né metterla in atto, gestendo contemporaneamente gli ambiti della responsabilità professionale al fine di preservare il servizio e i suoi operatori da eventuali accuse di comportamenti omissivi. La **Figura 4**, qui sotto, rappresenta la slide che ha sintetizzato i punti principali svolti in tal senso.

In primo luogo, gli operatori della psichiatria devono saper fare i conti con l'intrinseca debolezza epistemologica della disciplina (basta pensare alla solidità e alla tenuta dei sistemi diagnostici); in secondo luogo devono essere competenti, e di conseguenza avere la preparazione per fare quello che è giusto fare secondo la scienza psichiatrica (corrette regole cautelari, a perimetrare l'ambito del rischio consentito<sup>5</sup>), con la consapevolezza di essere nella situazione di garantire tutto ciò; in terzo luogo, fare quello che è giusto fare nella specifica condizione data, nulla di più e nulla di meno. Così, la linea che divide ciò che è

4. Anche il legislatore è stato accusato di delegare ai servizi attività di controllo sociale: la legge 81/2014 subisce talvolta questa visione. Che la legge 81 sia stata promulgata in tempi troppo stretti, causa anche l'ondata di sdegno che suscitarono le immagini diffuse dalla Commissione Marino, è elemento di realtà. Ciò ha portato, come elemento genetico di malformazione neonatale, alla fragilità dell'impianto normativo, fondato solo, per la parte legata alle misure detentive, sull'art. 3-ter del D.L. 211 del 2011, come evidenziato dalla Corte costituzionale nella sentenza 22/2022. Non si può negare che l'improvvisa difficoltà di collocamento dei pazienti autori di reato e prosciolti, con i possibili percorsi di peggioramento dei profili giuridici dovuti ai mancati internamenti per assenza di posti e la costante chiamata alla azione dei DSM, abbiano portato a una posizione di (auspicato) rigetto del bambino con l'acqua sporca. Ma è di tutta evidenza come nulla abbia a che fare con l'affidamento ai DSM di compiti securitari, mentre sarebbe auspicabile un più intenso dibattito circa il (richiesto dalla Suprema Corte) rientro in partita del Ministero di Giustizia a colmare il *vacuum* legislativo presente.
5. Amatulli A. *La posizione di garanzia in Psichiatria. Il paziente autore di reato: un difficile equilibrio tra obblighi prudenziali e rispetto della persona*. Ius in itinere, 1, 2019

Figura 4

TERZA GIORNATA  
Equipe Forensi

Formazione  
Progetto  
Rafforzamento  
DSMD

Epistemologia della Psichiatria

Competenza

Appropriatezza

Regione Lombardia

nostro, e quindi di nostra competenza, e ciò che non è nostro, è chiara, e si può mettere in assoluta evidenza nei confronti di chi ci vuole consegnare ciò che nostro non è (e risulterà semplice declinarne la consegna), o di chi vuole “entrare” senza i requisiti necessari (l’esempio più banale sono i ricoveri o i trattamenti impropri). Infine, tutto ciò si sintetizza nel perseguire un solido sentimento di identità e capacità professionali.

Il secondo punto trattato nell’intervento è stato quello della imputabilità. Il semplificato dibattito attuale trova tanti operatori disponibili all’idea della abolizione della non imputabilità, con la conseguenza della responsabilità penale generalizzata e l’ipotesi dello svuotamento delle lamentate deleghe e della posizione di garanzia in capo agli operatori. In estrema sintesi, rispetto al super-semplificato dibattito attuale sul tema sono state presentate tre motivazioni al mantenimento dell’infermità per vizio di mente. Il primo argomento

contro la richiesta abolizione degli articoli 88 e 89 c.p. risiede nella impossibilità (a superare il concetto di infermità mentale) che discende dalla Costituzione (art. 27 Cost.), che obbliga al coefficiente soggettivo, cioè alla valutazione delle condizioni psicologiche necessarie per fondare l’imputazione personale<sup>6</sup>, per muovere un rimprovero nei confronti di un individuo per non avere mantenuto, pur potendo, un comportamento conforme alla legge. Il principio di colpevolezza si basa, cioè, sulla possibilità di agire diversamente del reo, e solo così trova piena compatibilità con la funzione (anche) rieducativa della pena ex art 27 cost. Il fondamento del Codice penale sul principio di autodeterminazione e sul libero arbitrio impedisce, quindi, una possibile *fictione iuris* che inchiodi il paziente alla piena responsabilità per comportamenti che non poteva controllare. Il secondo argomento risiede nella stessa ragione d’essere della psichiatria, che si occupa di differenziare stati patologici, di catalogarli (diagnosi)

6. Bertolino M. *Variazioni (non solo) giurisprudenziali sul tema dell’elemento soggettivo del reo imputabile, semimputabile, totalmente inimputabile per infermità di mente e diritto penale europeo della colpevolezza*. Sistema penale. 2023

e di definirne le caratteristiche (sintomi, e loro conseguenze). La imputabilità generalizzata significa svuotare di senso il sapere psichiatrico, o negarlo, o fare finta che non esista, semplicemente. Il terzo argomento, infine (ma ce ne sono vari altri, che nell'intervento non sono stati affrontati), è rappresentato dalla evidenza che, abolita la non imputabilità dei pazienti autori di reati, la maggior parte di questi ultimi nella fase della esecuzione sarebbe inserita nel circuito penale<sup>7</sup>, quando attualmente si trova nel circuito sanitario, ove differenti sono l'attenzione, gli stili di relazione e di cura, le garanzie<sup>8</sup>; una certa quale contraddizione con gli intenti abolizionisti di rendere punibile al fine di aumentare dignità e diritti.

L'ultimo punto accennato nell'intervento alla giornata di studio è servito a richiamare l'attenzione del pubblico su una (nuova?) tipologia di "paziente forense", che rispecchia bene la complessità del problema e che richiama la necessità di una corrispondente complessità del dibattito (e non una sua semplificazione, come pare accadere: a problemi complessi, risposte complesse). Si tratta di un soggetto spesso interessato dalla comorbilità di più disturbi (deficitarietà cognitiva, abuso di sostanze, seri disturbi di personalità, patologia psicotica o bipolare), che nel percorso clinico e assistenziale interessa più servizi (CPS, SPDC, Dipendenze, strutture residenziali varie) con esito spesso fallimentare; allo stesso tempo, impegna più sedi giudiziarie penali, in termini sempre più urgenti e complessi<sup>9</sup>, e magari anche civili.

Le esigenze clinico-assistenziali e quelle giudiziarie sono quindi strettamente embricate, e di fatto obbligate a una risoluzione in parallelo, pena evidenti fallimenti che spesso per altro esitano in evoluzioni *in peius* del

profilo giuridico dell'interessato. Questo nuovo utente "psichiatrico-giudiziario" richiede uno sforzo ulteriore di pensare da parte sia della Giustizia che della Sanità, nonché, e qui si concludeva l'intervento, pone ulteriori sfide al momento della perizia, quando questa non sia in grado di tenere conto della dimensione globale del contesto in esame e non riesca a interagire in modo celere, e soprattutto risolutivo, con le sempre più complesse esigenze dello stesso.

- 
7. Palazzo F. *Punire e curare: tra incertezze scientifiche ed esigenze di riforma*. In: *Infermità mentale, imputabilità e disagio mentale in carcere*. Menghini A, Mattevi E, eds. Quaderni della facoltà di Giurisprudenza, Università di Trento, 2020
  8. Tantalò M. *La psichiatria forense oggi. Luci e ombre sul suo attuale ruolo e sull'attuale funzione nel processo penale*. Diritto Penale e Uomo, 2020; 9
  9. Tipologia di utente dei servizi della psichiatria e della giustizia disegnato nell'ambito di conversazioni con il (e, anzi, soprattutto a cura del) dott. M. Lagazzi, Direttore dell'Unità di Psichiatria Forense Istituto MiCAL, Milano

## 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](mailto: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](mailto: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