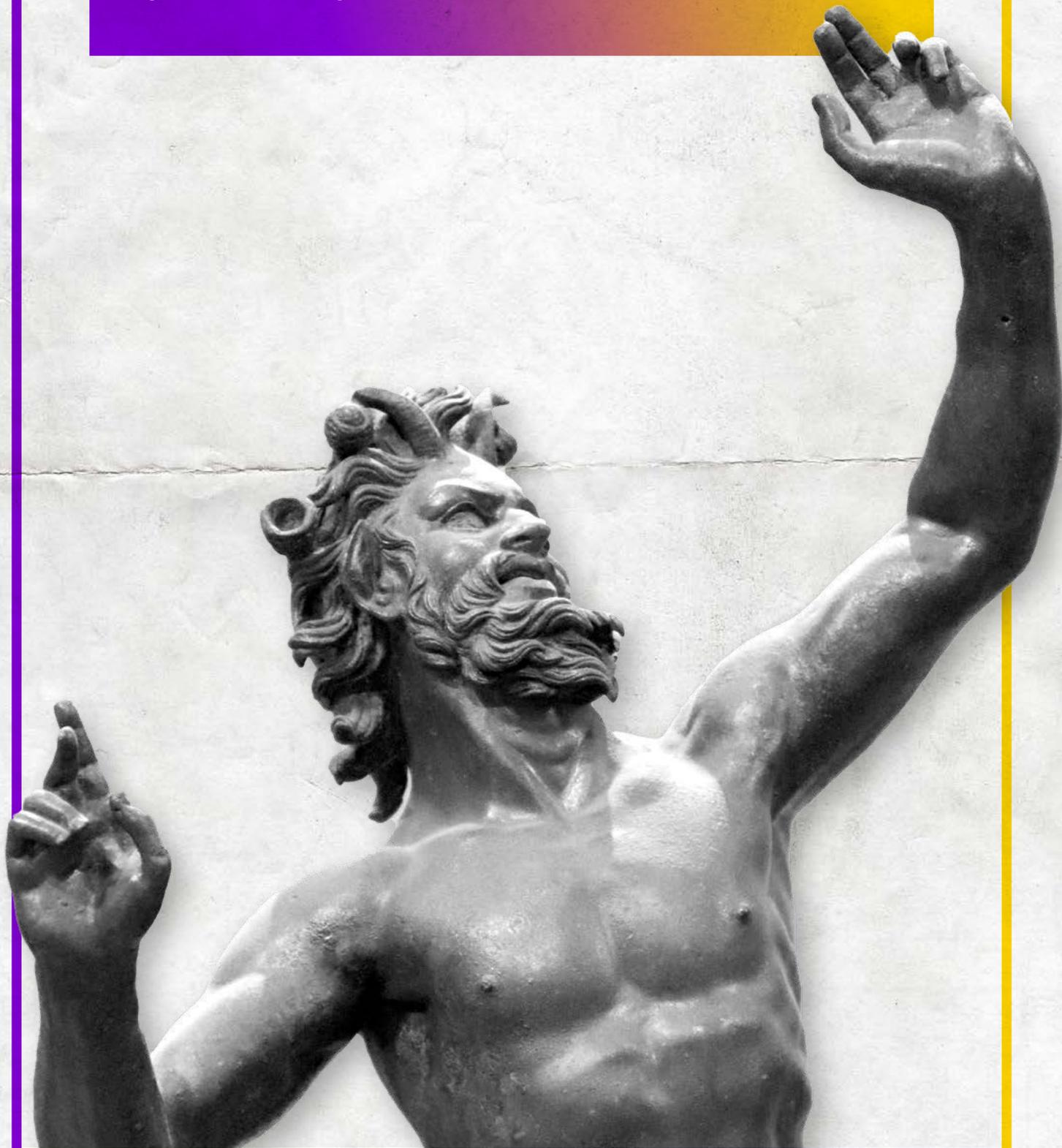




PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

Anno XXXVII • n. 2 • luglio-dicembre

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia
Organo della Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata da:
Alberto Giannelli

Diretta da:
Giancarlo Cerveri (Lodi)

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

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

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

Art Director:
Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1-24127 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

IN PRIMO PIANO

4 La Depressione Maggiore nei Servizi di Salute Mentale: strategie di impegno per la salute dei cittadini
di Cerveri G.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

11 Percorsi di cura e assistenza nei servizi territoriali: gruppo psicoeducazione evidence-based per giovani
di Berto E., Marchetti M., Manzone M.L.

18 La crisi della Salute Mentale con la crisi di tutto il SSN: quale destino?
di Ceglie R.

31 Utilizzo di Esketamina in CPS nel trattamento della Depressione Resistente: dati preliminari di efficacia
di De Martino C., Porcellana M., Concetto M. O., Zapparoli A., Giori C., Lawretta G., Marangelli D., Nibali L. T., Raimondo F., Bassetti R., Percudani M.

37 Tecniche di de-escalation nella prevenzione delle acuzie eteroaggressive: uno studio cross-sectional
di Galli M., Marcelli S., Gatti C., Traini T., D'Angelo G.

45 Prima di Basaglia: storia dell'organizzazione giuridica degli interventi psichiatrici di internamento
di Novaro C.

50 Sulle sfide di Franco Basaglia (e le nostre). Riflessioni a cent'anni dalla nascita
di Peloso P. F.

55 L'esperienza psichedelica. Fenomenologia e dinamica di uno stato di coscienza
di Toscano M.

CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

66 CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M. SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE
Il Budget di Salute sostegno alla vita indipendente e all'inclusione sociale della persona con disagio mentale
di Moro Cesare G., De Paola T.

74 CONTRIBUTO AITERP ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA E PSICOSOCIALE
"Non voglio pesce tutti i giorni voglio imparare a pescare". Il modello Spinazzola per i pazienti psichiatrici autori di reato
di Decorato G., Scagliarini V., Fioletti B.

SEZIONE PSICHIATRIA NARRATIVA

81 Gli psichiatri non sanno più ascoltare le storie.
Storia di un banale turno del lunedì mattina
di Grasso F.

IN COPERTINA: Fauno danzante, ca. 49-1 AC, Casa del Fauno, Pompei,
Gary Todd from Xinzheng, China, Public domain, da Wikimedia Commons

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

PSICHIATRIA OGGI

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

“Non voglio pesce tutti i giorni voglio imparare a pescare”

Il modello Spinazzola per i pazienti psichiatrici autori di reato

*Decorato G. *, Scagliarini V.°, Fioletti B. ^*

INTRODUZIONE

L'ultimo decennio è stato caratterizzato da un avvicinamento tra psichiatria di comunità e psichiatria forense che ha generato la creazione di zone d'intersezione delle aree di assistenza e riabilitazione rivolte ai pazienti autori di reato.

Se storicamente, infatti, gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e i Dipartimenti di Salute Mentale hanno viaggiato seguendo binari paralleli, il riordino della medicina penitenziaria e il lungo iter legislativo che l'ha interessata, ne hanno modificato profondamente le traiettorie (1.). Dal pari diritto di accesso alle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste dal SSN per i cittadini in stato di libertà (D. Lgs. 230/99), al processo di superamento degli OPG. Iniziato nel 2003 con la sentenza 253 della Corte costituzionale e attuato, in via definitiva, a seguito delle Lg. 9/2012 e 81/2014. La prima legge responsabile, tre le altre disposizioni, della nascita delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) con ambito regionale e all'interno dei DSMD (DM 1/10/2012); la seconda indicativa della priorità della cura in contesti ordinari dei DSMD e del territorio di appartenenza del soggetto, lasciando il ricovero in REMS scelta residuale, “disposto solo quando risulti che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e fare fronte alla pericolosità sociale” (art3 ter, co. IV DL. 211/11) (2). I DSMD sono quindi chiamati, in risposta all'eterogeneità dei profili giuridici dei pazienti autori di reato, a costituire équipe forensi multiprofessionali, (DGR

5340 DEL 27/6/2016), in grado di lavorare in sinergia con altri attori sia appartenenti al panorama clinico sia a quello di monitoraggio del paziente (magistratura, REMS, comunità, SERT, istituti penitenziari, UEPE, enti locali, forze dell'ordine, avvocati, periti, ADS, ATS) per la realizzazione di programmi di intervento specifici attuabili all'interno di Servizi territoriali, siano REMS o altre strutture residenziali, o in ambito penitenziario (Articolazioni per la Tutela della Salute Mentale nelle Carceri)(3.4.).

La cultura clinica ed organizzativa attuale dei DSMD è quindi alla ricerca, non con poche difficoltà, di strumenti e traiettorie cliniche rassicuranti, rispetto alla possibilità di percorsi riabilitativi da proporre e costruire ed al rischio di recidività delle condotte reato degli utenti. È noto come quella degli autori di reato sia una popolazione particolare: portatrice di problematiche di tipo personale, medico, relazionale, familiare e sociale e di un pesante bagaglio di esperienze fallimentari, per questo richiedente specifica attenzione, che impone agli operatori dei servizi un cambio di prospettiva nell'accompagnare questi utenti al riscatto del personale percorso di vita.

Sfida non semplice se si considera il pregiudizio diffuso – alimentato da percorsi caratterizzati da cadute» ripetute – per cui qualunque ipotesi terapeutico-riabilitativa per i pazienti psichiatrici autori di reato sia giudicata inutile ed inefficace. Allora cosa possiamo offrire in termini di cura a questi utenti?

I PRESUPPOSTI

Le linee guida del NICE evidenziano l'importanza del coinvolgimento delle persone nelle decisioni riguardanti la propria salute in modo da poter effettuare scelte di cura informate e condivise (Shared Decision Making) (5.).

A livello nazionale le recenti raccomandazioni di Buone pratiche in riabilitazione psicosociale elaborate dalla SIRP (6.) suggeriscono la promozione e il miglioramento degli obiettivi di vita e dei valori personali dei pazienti psichiatrici autori di reato attraverso il modello del Good Lives Model, GLM (Ward et al. 2007) (7.). Il modello, secondo l'approccio recovery, suggerisce che i pazienti per raggiungere il benessere personale debbano possedere capacità e risorse (instrumental good) utili a bypassare i limiti personali e gli svantaggi ambientali e sociali che spesso influiscono sul comportamento del paziente che, nel caso di questa specifica popolazione, si manifesta con una condotta reato.

La formulazione di linee di indirizzo che definiscano in maniera puntuale i bisogni della popolazione di pazienti e le risposte da offrire hanno rappresentato la convinzione iniziale fondante il Modello Spinazzola, modello operativo costruito e implementato nella REMS di Spinazzola Dipartimento di Salute Mentale – ASL Barletta Andria Trani.

Il Modello manualizzato nel volume **“Gli imperdonabili e il diritto alla bellezza. Il modello Spinazzola. Percorsi di cura e di vita di pazienti psichiatrici autori di reato”** (2023) (8.), propone un approccio terapeutico-riabilitativo strutturato e organico dedicato ai pazienti psichiatrici autori di reato. Il modello Spinazzola è frutto di una esperienza quasi decennale e presenta esiti di trattamento riferibili a un arco temporale di sette anni. Gli esiti di trattamento elaborati da un punto di vista epidemiologico sono stati valutati dall'AGENAS all'interno dell'Osservatorio delle buone pratiche 2023 (9.) ed il Modello Spinazzola certificato come **Buona Pratica Sicura** poiché considerato applicabile in tutti i contesti di cura sia ambulatoriali che residenziali che si occupano di pazienti psichiatrici autori di reato.

L'impianto generale del Modello si basa su presupposti di tipo etico che sottendono tanto la cura quanto la dignità nella cura, ciò ha favorito la connessione tra il trattamento terapeutico-riabilitativo intensivo, mirato alla cura delle disabilità gravi conseguenti la malattia mentale, con aspetti che devono occuparsi della caratteristica specificità degli autori di reato.

In particolare, l'etica della cura, in questo caso, prevede il soddisfacimento dei bisogni di assistenza e cura delle persone affette da patologia psichiatrica e autrici di reato, attraverso l'offerta di programmi terapeutici, di supporto, sostegno e di inclusione.

La cura può aiutare a portare il peso dell'interiorità senza che la persona si senta sopraffatta dalla malattia. Il contesto di cura tiene il paziente immerso nel buono (Mortari, 2015) (10.), ed è questo buono a dare l'abbrivio nei pazienti a forme di ricerca personale del benessere percepito, che una volta sperimentato si alimenta in autonomia. Quindi la cura che i pazienti rivolgono a sé stessi necessita di nutrimento, quello che proviene dal ricevere cura dal curante, in una virtuosa relazione circolare alimentata dalla professionalità di ciascun operatore. Come sostiene Siegel (11.) le relazioni plasmano la nostra mente, ed è proprio ciò che accade: l'investimento dell'equipe nei confronti dell'utente fornisce feedback che inducono il paziente a investire, a sua volta, su sé stesso. L'«esigenza di cura» è connessa con il principio di responsabilità che, se coinvolge gli utenti, agevola un lavoro di conoscenza e accettazione. La consapevolezza dell'importanza del rispetto dell'individuo e della tutela dei suoi bisogni di cura guida l'equipe, ma orienta anche gli utenti nell'individuale capacità di appropriarsi o riappropriarsi della propria dignità, cercando eticamente di prendersi cura di sé.

“La dignità intesa come l'esigenza dell'uomo di essere riconosciuto e accettato (Borgna) per il paziente psichiatrico autore di reato è compromessa in quanto a causa del suo disagio vive un rapporto alterato con il mondo e con la sua stessa vita. Questa integrità perduta necessita di attenzione e cura, pensata per il singolo, con uno sguardo rivolto

alla persona, alle sue risorse, piuttosto che ai sintomi. Il recupero deve essere compassionevole e amorevole, e il paziente deve sentirsi protagonista, non vittima. L'accettazione della vulnerabilità umana — e solo la sua piena coscienza — restituisce dignità nella sofferenza e libera dal rischio che l'individuo affetto da malattia psichiatrica si trasformi in peso sociale" (12.).

IL MODELLO SPINAZZOLA

Il Modello oltre i presupposti di base propone un trattamento terapeutico riabilitativo che si sviluppa attraverso un processo evolutivo (**Figura 1**) caratterizzato da una sequenza di steps e dall'adozione di specifici strumenti terapeutici e riabilitativi. Orientato alla guarigione funzionale in termini di miglioramento delle risorse già presenti, acquisizione di nuove abilità, rafforzamento dei punti di forza, aspira alla guarigione personale mediante lo studio che il paziente effettua con il curante su se stesso, sul proprio funzionamento interiore, sulla acquisizione di una identità integrata e relativo alla personale capacità di autodeterminarsi ed effettuare scelte di vita appropriate nell'ottica del recupero di possibilità esistenziali efficaci e migliori.

L'ingresso in struttura rappresenta per il paziente l'ennesimo fallimento della vita ed un episodio in occasione del quale qualcun altro (l'Autorità Giudiziaria), ha deciso al suo posto. Il paziente non accetta aiuto, nega e/o minimizza ogni problematica "Sono qui per uno sbaglio! "Non ho fatto niente!", rifiuta di collaborare. Di fatto l'incontro con l'equipe mette ordine nel caos, un ordine che viene stabilito dal sistema, fornendo l'occasione per una prima scelta: funzionare diversamente dal passato; attraverso la proposta da parte dell'equipe di uno stile di vita supportato da criteri di adeguatezza relazionale, dall'acquisizione e utilizzo delle autonomie di base e dall'attenzione al benessere. Seguire il criterio per convivere con gli altri mette alla prova, restituisce dignità, quella persa nel momento in cui la libertà è stata negata a causa dell'incapacità di seguire le regole sociali nel momento della commissione del reato. Il criterio pro-

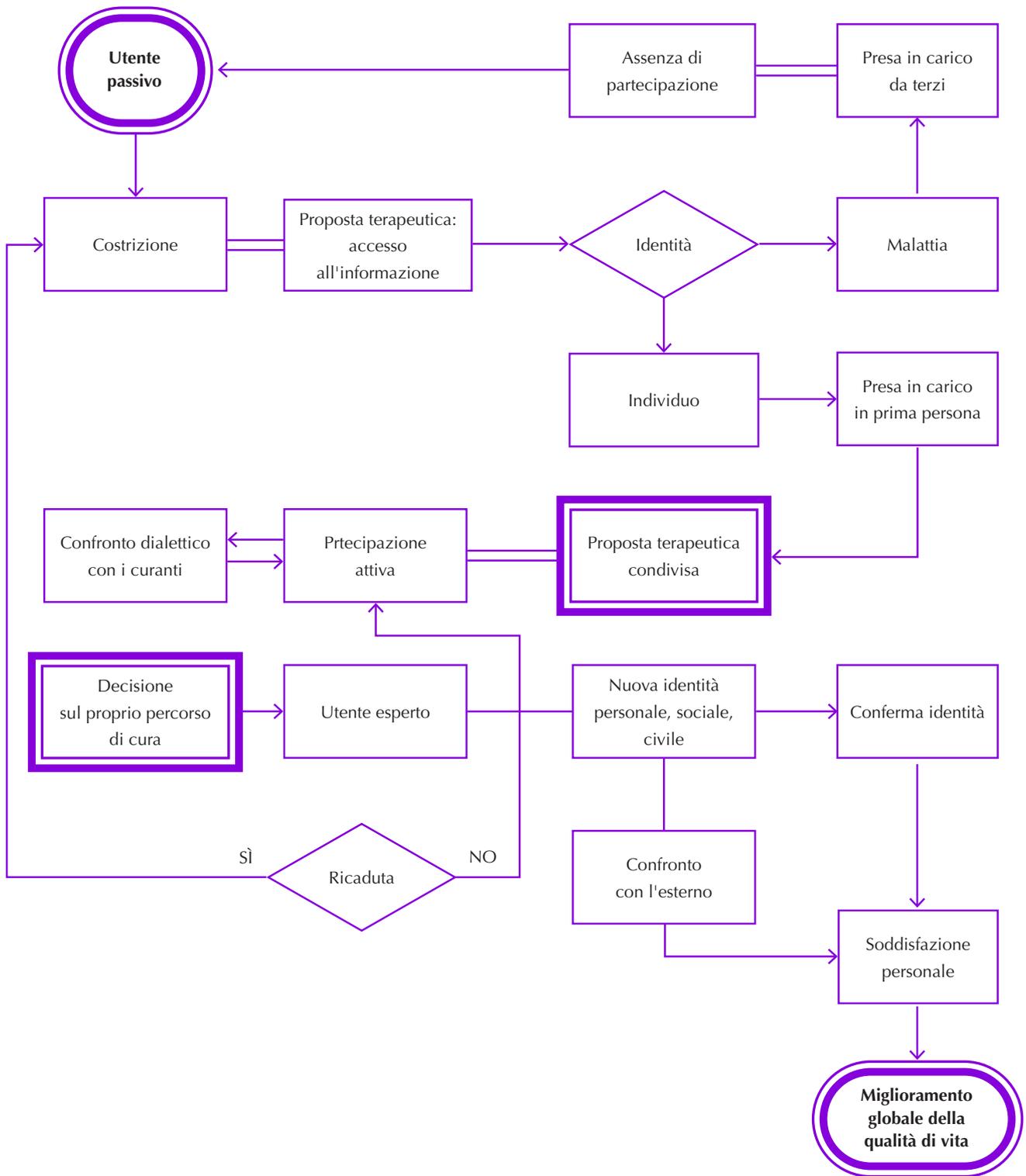
posto definisce gli spazi entro cui ciascun utente muove i suoi passi verso l'autonomia, acquisisce e recupera il senso del tempo, la quotidianità. La possibilità di gestire se stessi, sperimentando nuove modalità passa attraverso l'interiorizzazione di un nuovo stile di vita personale e la costruzione di un'immagine di adeguatezza, con l'obiettivo di incrementare i livelli di funzionamento e di autonomia. In questa fase iniziale, dunque, il paziente effettua un reset sia rispetto a tutto ciò che non ha funzionato o ha funzionato male sia relativamente alle conoscenze scarse, confuse riguardanti se stesso la propria interiorità la patologia e relativa diagnosi, il percorso di cura, la condotta reato, il percorso giudiziario.

All'interno del Modello, l'accesso a tutte queste informazioni costituisce il primo passo terapeutico riabilitativo: la psicoeducativa, ad esempio, consente l'acquisizione e lo scambio di conoscenze partendo dall'analisi della propria esperienza personale (la comparsa dei sintomi, gli eventi scatenanti la patologia, i segni prodromici di una ricaduta, l'impatto della malattia mentale sul percorso di vita) favorendo "l'emancipazione" dell'utente dalla condizione di passività nella quale qualcun altro propone la terapia e decide, il curante, verso una dimensione proattiva.

Il processo di consapevolezza che ne consegue porta a scoprire che prima della malattia esiste la persona, ridimensiona l'autopregiudizio, sentirsi colpevoli del proprio disturbo.

È quindi il momento per l'utente di affrontare un bivio rispetto alla propria identità: identificarsi con la malattia e quindi non partecipare e delegare le scelte relative al proprio percorso di cura a terzi, permanere nella condizione di passività dell'essere assistiti a vita. L'alternativa a tale scelta: smettere di identificarsi con la patologia e cominciare a considerarsi individui dotati di risorse, competenze, non solo di problemi e difficoltà. Allorquando la scelta risulta essere quest'ultima va da sé che venga accettata la proposta di acquisizione di apprendimenti utili a confermare e a rafforzare l'identità

Fig. 1 – Il modello Spinazzola: percorso terapeutico riabilitativo orientato alla recovery dei pazienti psichiatrici autori di reato formulato e adottato presso la REMS di Spinazzola.



delle persone: attraverso la fiducia nell'equipe e l'accettazione del rischio che sottende l'esperienza, l'utente tocca con mano i propri limiti e le proprie risorse, sperimenta la propria capacità di fare, acquisisce consapevolezza di essere capace, sviluppa senso di autoefficacia che motiva ad andare avanti ancora. La modificazione degli aspetti identitari si realizza mediante acquisizione di informazione, consapevolezza ed esperienza. La presa in carico di se stessi in prima persona, è la via d'accesso all'adeguatezza. Gli interventi psicosociali (Social Skills Training, Cognitive Remedation, Problem Solving Training, Psicoeducazione, Dialectic Behaviour Therapy) e psicoterapeutici favorendo l'acquisizione di un bagaglio di apprendimenti preziosi restituisce una immagine di sé integrata.

La malattia mentale è resa maggiormente gestibile il processo di motivazione al cambiamento e quindi al trattamento agevolano il lavoro focalizzato su abilità, obiettivi, aspettative, speranze per il futuro e autoefficacia percepita.

In tal modo si creano le basi per la co-costruzione e condivisione del Programma Riabilitativo Residenziale Individuale in una ottica completamente orientata dall'approccio SDM.

Il coinvolgimento attivo dell'utente favorisce il recupero del controllo sulla gestione della malattia, sulla ripresa del benessere personale, sul diritto di scelta, attraverso il confronto con l'equipe curante, con gli altri utenti e con l'esperienza pregressa. La consapevolezza di funzionare in modo sempre più adeguato, rende l'utente Esperto per Esperienza di sé: egli mette a disposizione degli altri le proprie preziose competenze. La riappropriazione del potere decisionale e della capacità di autodeterminarsi spingono al rafforzamento della nuova identità, alla costruzione del percorso di guarigione personale.

Il percorso si completa e arricchisce mediante i contatti quotidiani con il territorio, in modo che ciascun utente possa conoscere e sperimentare l'ordinario. Il contesto ambientale costituisce il "fattore terapeutico ambientale" (FTA) ed è determinante per la costruzione del benessere (13).

Le esperienze effettuate nel contesto sociale rappresentano occasione di confronto e riscontro personale, di ulteriori acquisizioni, consolidamento e appropriazione delle abilità. Sono occasioni che definiscono meglio per ciascun utente una nuova personale identità. L'obiettivo finale è che ciascuno possa godere di opportunità sociali e dei propri diritti, aspirare a dimensioni esistenziali analoghe a quelle di cui gode chiunque. La progettualità che viene svolta nel contesto territoriale consente di favorire il processo di generalizzazione degli apprendimenti in quanto gli utenti possono esercitare comportamenti opportuni e sperimentare adeguatezza, autonomia e responsabilità, soddisfazione personale e miglioramento della qualità di vita.

Allora in cosa consiste l'efficacia del Modello Spinazzola?

Dall'analisi dei dati ottenuti mediante l'uso di strumenti standardizzati (BPRS; FPS; VGF; MMSE; MOAS; HCR-20; SAPROF) sono emersi degli esiti che confermano la qualità e la tipologia delle scelte terapeutico - riabilitative adottate e dell'offerta di cura formulata ed il raggiungimento dell'obiettivo del trattamento orientato essenzialmente all'aumento della capacità di gestione della malattia e dei sintomi in ciascun paziente. Si registrano, infatti, evidenti variazioni di punteggio nei dati espressi da tutte le scale. Tutto questo ci conduce ad affermare che le condizioni dell'utente migliorano, migliora il funzionamento generale, quello psicosociale, si riduce in maniera importante la frequenza e la gravità degli agiti aggressivi e il rischio di recidiva criminale, aumentano i fattori di protezione di rischio di recidiva criminale, pur permanendo la patologia (la scala BPRS evidenzia oscillazioni ridotte).

Il raggiungimento di questi outcomes trova riscontro nelle numerose esperienze realizzate attraverso le quali gli utenti hanno la possibilità di costruire il proprio percorso di cura, anche in termini di riappropriazione della propria persona, rendersi autori di scelte di vita opportune e scoprire modalità di funzionamento differenti rispetto al passato. Il Progetto "SMILE" (Supporto

Motivazionale all'Inserimento Lavorativo Esterno)(14.), ispirato alla metodologia dell'IPS, coinvolge utenti che scelgono spontaneamente l'ambito lavorativo nel quale sperimentarsi ed il contesto nel quale formarsi. In un caso per esempio la scelta da parte dell'utente ha riguardato l'ambito della ricezione turistica ed è stato individuato un Bistrot del territorio presso il quale l'utente, si è formato nei ruoli di magazziniere e di supporto alla cucina affidato in toto al tutor aziendale. Tale tipologia di progetti della durata di 6 mesi replicabile nel tempo, favorisce il collegamento con il territorio, lo sviluppo di competenze spendibili al rientro nel territorio di provenienza, la ripresa di uno stile di vita adeguato e l'empowerment del paziente, allontana dalla posizione passiva («In futuro andrò a lavorare!») e sviluppa l'autoefficacia necessaria per mantenere costante la motivazione all'impegno e alla progettualità.

Il progetto IESA (15.) ha coinvolto un utente nella progettualità di inserimento eterofamiliare supportato come primo utente psichiatrico autore di reato in Italia.

Di concerto con il Magistrato di Sorveglianza e con l'equipe IESA del DSM della ASL BT, si è avviato un tentativo di inserimento eterofamiliare del tutto sperimentale part-time nella primavera del 2018 che è stato formalizzato come progetto IESA nel gennaio 2019. La sperimentazione si è avviata attraverso la partecipazione dell'utente al pranzo domenicale organizzato dalla famiglia ospitante, nel tempo la relazione tra l'utente e la famiglia si è delineata in modo sempre più significativo. Il progetto dopo 6 anni ormai procede attualmente con risultati eccellenti in termini di benessere da parte dell'utente che si è sentito accolto, supportato incoraggiato tanto da giungere attualmente al un livello di funzionamento veramente apprezzabile. Di questa esperienza è stato prodotto un breve filmato che è possibile ritrovare sul canale ASL BT collegandosi al seguente link: <https://youtu.be/cM2z7EyPJAe>.

Quelle descritte sono solo alcune delle esperienze attraverso le quali gli utenti possono mettere in campo

e sperimentare il proprio ventaglio di competenze, riappropriarsi del loro spazio sociale, recuperare il diritto di cittadinanza inteso come lo «stare» legittimamente nel mondo con gli altri.

“Non voglio pesce tutti i giorni voglio imparare a pescare” è ciò che ha continuato a ripeterci un utente della prima ora, quando, successivamente ad un importante e lungo lavoro di motivazione all'esistenza che abbiamo effettuato per lui e con lui, ha cominciato a crederci, di potercela fare, di poter cambiare, di poter influire sulla propria vita nella direzione della soddisfazione personale e del benessere, nella direzione della recovery, ci è riuscito, adesso sta pescando.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Tecnico della Riabilitazione psichiatrica presso la ASL BT-DSM-REMS di Spinazzola. Docente nel corso di laurea in Tecnica della riabilitazione psichiatrica presso l'Università di Bari, l'Università di Ferrara e l'Università di Padova e nel corso di laurea magistrale in Scienze riabilitative delle professioni sanitarie presso l'Università degli Studi di Bari. È Consigliere Nazionale dell'Associazione Scientifica AITeRP (Associazione Italiana Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica).*

° *Tecnico della Riabilitazione psichiatrica presso ASST di Lodi e socio ordinario ATS AITeRP per la sezione Lombardia.*

^ *Membro uscente direttivo nazionale ATS AITeRP, referente GIS per il nazionale ATS AITeRP, formatore e formazione in arteterapia.*

BIBLIOGRAFIA

1. Vita A., Dell'Osso L., Mucci A. Coordinamento editoriale: Fierro L.. *Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica. Dalle conoscenze teoriche alla pratica dei Servizi di salute mentale*. Volume 2. Riabilitazione psichiatrica. Giovanni Fioriti Editore Roma. 2018.
2. Cerveri G. *Descrizione del protocollo operativo in tema di misure e di sicurezza per il distretto di Milano e di Brescia: reale applicabilità e problemi aperti. Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei dipartimenti di salute mentale regionali*. *Psichiatría Oggi* anno XXXVII, SPECIALE 2024.
3. Bertini M, D'Apolito E., Guercilena D., Durbano F. *L'esperienza dell'équipe di psichiatría forense dell'ASST Melegnano-Martesana. Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei dipartimenti di salute mentale regionali*. *Psichiatría Oggi* anno XXXVII, SPECIALE 2024.
4. Bavaro I. *Tavola rotonda sulle équipe forensi: dalla teoria all'applicazione pratica. Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei dipartimenti di salute mentale regionali*. *Psichiatría Oggi* anno XXXVII, SPECIALE 2024.
5. NICE guideline Published: 17 June 2021 www.nice.org.uk/guidance/ng197
6. A cura di Semisa D., Bellomo A., Nigro P., Merlin S., Mucci A. (2022) *Raccomandazioni di buone pratiche in riabilitazione psicosociale per adulti*. Giovanni Fioriti Editore
7. Ward T., Mann R. E., Gannon T. A. (2007) *The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. Aggression and Violent Behavior*. 12, 87-107
8. Lombardo G., Decorato G. (2023) *Gli imperdonabili e il diritto alla bellezza. Il modello Spinazzola. Percorsi di cura e di vita di pazienti psichiatrici autori di reato*. Erickson
9. <https://buonepratiche.agenas.it/questionnaire.aspx?id=8660>
10. Mortari L. (2015), *Filosofia della cura*, Milano, Raffaello Cortina
11. Siegel D.J. (2013), *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Milano, Raffaello Cortina
12. Lombardo G., Decorato G. (2023) *Gli imperdonabili e il diritto alla bellezza. Il modello Spinazzola. Percorsi di cura e di vita di pazienti psichiatrici autori di reato*. p 38-39 Erickson
13. Aluffi G. (2014), *Famiglie che accolgono oltre la psichiatria*, Torino, Edizioni Gruppo Abele.
14. Lombardo G., Decorato G. (2023) *Gli imperdonabili e il diritto alla bellezza. Il modello Spinazzola. Percorsi di cura e di vita di pazienti psichiatrici autori di reato*.
15. Lombardo G., Decorato G. (2023) *Gli imperdonabili e il diritto alla bellezza. Il modello Spinazzola. Percorsi di cura e di vita di pazienti psichiatrici autori di reato*.

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