



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

20 Maggio 2024
MILANO

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

SECONDA GIORNATA

Evoluzione dell'impianto legislativo
in tema di autori di reato
con patologia psichica



Formazione
Progetto
Rafforzamento
DSMD

SECONDA GIORNATA

Evoluzione dell'impianto legislativo in tema di autori di reato con patologia psichica

La gestione degli autori di reato affetti di malattia mentale dopo la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e la creazione delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), strutture che ospitano pazienti in misura di sicurezza detentiva, è concepita con una funzione terapeutica e riabilitativa pura. Per questo motivo, le REMS risultano, dal punto di vista legislativo, come strutture sanitarie a sé stanti al cui interno opera solo personale sanitario (e non più misto sanitario-penitenziario, come avveniva negli OPG e continua ad accadere nel resto del mondo). Il corso offre ai clinici e agli operatori sanitari, importanti nozioni sulla gestione del paziente con disturbi psichici autore di reato e l'evoluzione dell'impianto legislativo che pone nella centralità i Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze.

La Sanità Penitenziaria viene considerata oggi una branca della medicina a tutti gli effetti, volta a trattare proprio quella particolare fetta di popolazione a rischio per patologie organiche e psichiche di competenza del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Il corso si pone l'obiettivo di offrire dei supporti clinici e giuridici a tutti coloro che operano nella quotidianità dell'assistenza psichiatrica e nell'ambito forense in tema di buone pratiche cliniche assistenziali, di appropriatezza nelle elaborazioni peritali.

Responsabili Scientifici
Giovanni Migliarese, Virginio Salvi

PROGRAMMA SCIENTIFICO

- 09.30-10.00 Registrazione partecipanti
- Chairman: G. Migliarese, V. Salvi**
- 10.00-10.30 Autori di Reato quali prospettive di intervento sul territorio: prospettive ed evoluzioni sul tema autori di reato
Emi Bondi
- 10.30-11.00 Periti e DSMD: quali percorsi integrati
Alessia Cicolini
- 11.00-11.30 L'intervento psichiatrico in carcere: spazi e opportunità
Fabio Canegalli
- 11.30-12.30 **Tavola Rotonda**
Quali servizi per gestire i soggetti autori di reato?
Emi Bondi, Fabio Canegalli, Alessia Cicolini, Giovanni Migliarese, Virginio Salvi
- 12.30-13.30 **Lunch**
- Chairman: G. Cerveri, M. O. M. Toscano**
- 13.30-14.00 La gestione in Europa degli autori di reato con patologie psichiche
Massimo Clerici
- 14.00-14.30 Declinazione della pericolosità sociale e modelli di cura per arginarla
Stefano Ferracuti
- 14.30-15.00 Vignetta clinica, disturbo di personalità, abuso di sostanze e autori di reato
Antonio Calento
- 15.00-15.30 *Discussione sugli argomenti trattati*
- 15.30-16.00 Questionario ECM

VIGNETTA CLINICA: DISTURBO DI PERSONALITÀ, ABUSO DI SOSTANZE E AUTORI DI REATO

20 MAGGIO 2024

Calento Antonio

Antonio.calento@asst-lodi.it

Psichiatra SPDC Codogno - Incaricato per pazienti «autori di reato» - SC Psichiatria DMSD ASST Lodi - Dir. Giancarlo Cerveri

Si propone un caso clinico, o per meglio dire clinico-giudiziario, che permetta di far emergere alcune “criticità” rilevanti, comuni nella gestione dei pazienti con disturbi psichici “autori di reato”, e di soffermarsi su alcuni elementi significativi, in particolare in riferimento ai pazienti con disturbo di personalità e comorbidità con abuso di sostanze stupefacenti o alcol.

CASO CLINICO

A., maschio, attualmente 32-enne (nato nel 1991), viene conosciuto dai servizi psichiatrici al compimento della maggiore età, quando esce, volontariamente, da una Comunità educativa per minori. A. proviene da un ambiente familiare complesso, il padre è detenuto per lunghi periodi, riportati in infanzia episodi subiti di violenza fisica, elementi di «deprivazione» sia affettiva che materiale. Affidato ai Servizi Sociali del Comune, dal Tribunale dei Minori a 11 anni, risultano alcuni percorsi comunitari per minori e 2 ricoveri in reparti di NPI nel 2006, quando il paziente aveva quindi 15 anni, laddove veniva posta una diagnosi – nonostante l’età – di Disturbo di Personalità Borderline.

Fino al 2023 i contatti con il SerD e con il CPS sono prevalentemente saltuari e legati a bisogni materiali di natura socio-assistenziali. Numerosissimi (> 150) negli anni gli accessi in PS, connessi ad esotossicosi, alterazioni comportamentali (minacce/agiti etero-aggressivi, tal-

volta minacce autolesive esplicitamente captative legate a richiesta di ricovero), necessità assistenziali legate a liti in famiglia, frequente il coinvolgimento delle forze dell’ordine; i ricoveri in SPDC tra il 2012 ed il 2023 sono 23, della durata media di 1.8 giorni, tranne l’ultimo – nel 2023 – connesso a misura giudiziaria, che come si vedrà avrà durata di 7 mesi.

A. in questi stessi anni, da adulto, sconta in più periodi circa 7 anni di pena (i reati noti sono furto, rapina, minacce, lesioni personali, resistenza e aggressione a pubblico ufficiale). Per tutti questi reati viene sempre giudicato pienamente capace di intendere e di volere e mai è avanzata richiesta di perizia psichiatrica. In innumerevoli occasioni si tentano percorsi comunitari (su individuazione del SerD): sono almeno 20 gli inserimenti comunitari tentati e falliti (generalmente dopo poche ore o pochi giorni)

Valutato in più occasioni ed in vari contesti dai nostri Servizi emergono chiaramente elementi che depongono per una diagnosi, a parere dei nostri Servizi psichiatrici, di Disturbo di Personalità Antisociale e Disturbo da uso di sostanze (cannabinoidi, cocaina, alcol); viene quantificato inoltre un Lieve deficit intellettuale (QI: 63). Tale sarà la diagnosi di dimissione da quasi tutti i ricoveri in SPDC; in alcune occasioni, nei primi anni, è riportata la diagnosi di Disturbo di Personalità NAS, e solo in un primo ricovero avvenuto in SPDC del 2012 veniva ripresa la Diagnosi di disturbo di Personalità Borderline che era stata posta in adolescenza in NPI.

Nel 2023 A. è coinvolto in nuovi procedimenti penali, venendo indagato per: *maltrattamenti in famiglia* (art. 572 cp), a seguito di una denuncia da parte del fratello dopo una delle tante liti in ambito familiare; *danneggiamenti* (art. 635 cp) – danneggiava una cassetta anti-incendio fuori un istituto scolastico; *Violenza sessuale* (art. 609 bis cp) – indagato per tale reato ai danni di una paziente durante un ricovero in SPDC nel 2022 (evento riportato in cartella clinica con conseguente attivazione delle forze dell’ordine, e dal paziente ritenuto un rapporto consensuale).

In questa occasione il P.M. dispone una consulenza tecnica psichiatrica. Tale accertamento fa seguito, almeno cronologicamente, ad una richiesta della Questura, in cui i Dirigenti della Divisione Anticrimine segnalano alla Procura tutte le vicende delinquenti e comportamentali di A. (in buona parte reati per i quali era già stato condannato ed aveva scontato la pena), segnalando, tra le altre cose che - a parere dei dirigenti della Polizia - *«dalla disamina degli atti e dalle modalità degli episodi di violenza compiuti, si evince che lo stesso è affetto da problematiche di natura psichiatrica, per cui appare evidentemente persona non in grado di intendere e di volere e quindi, conseguentemente, di non apprezzare il disvalore delle proprie condotte»*, e che *«il cattivo rapporto con i propri familiari, la mancanza di una stabile attività lavorativa e complice una verosimile sofferenza psicologica/psichiatrica non ancora accertata, rendono il predetto una persona instabile che potrebbe porre in atto propositi criminosi ancora più pericolosi e violenti di quelli all'atto perpetrati...»*.

La valutazione da parte del Consulente viene effettuata in Questura, i Servizi psichiatrici non ne sono avvisati (il paziente viene convocato telefonicamente dalla Polizia mentre era ricoverato, per un *«colloquio con uno psicologo per una comunità»* e, a richiesta di chiarimento, non ci viene comunicato il motivo).

Il Consulente Tecnico del PM valuta, per tutti i reati (ivi compresa la violenza sessuale): Diagnosi di DP BORDERLINE, DEFICIT INTELLETTIVO LIEVE, USO DANNOSO DI SOSTANZE PSICOATTIVE MULTIPLE con valutazione di TOTALE INCAPACITA' DI INTENDERE E DI VOLERE; PERICOLOSITA' SOCIALE (ATTENUATA); INDICAZIONE AD UN PERCORSO RIABILITATIVO IN COMUNITA' TERAPEUTICA (CPS/SERD).

Il G.I.P. dispone conseguentemente, pur non facendo riferimento nell'ordinanza alla imputazione per violenza sessuale (ma solo ai reati di «maltrattamenti» e «danneggiamento»), per un misura di sicurezza della

libertà vigilata: *«...ritenuto che il luogo di cura può essere individuato nella misura di sicurezza della libertà vigilata con obbligo di cura presso il S.P.D.C. di Codogno o presso altra struttura idonea ad accoglierlo sotto la vigilanza di detto Servizio» [...] «...affida il libero vigilato al Direttore responsabile del SPDC che relazionerà...»*.

Inizia a questo punto un ricovero, dovuto *de facto* alla misura di sicurezza emessa, e finalizzato all'individuazione di una Comunità terapeutica come disposto nell'ordinanza, che richiederà circa 7 mesi, a fronte di circa 25 “dinieghi”, stante la storia del paziente. Viene infine individuata un Comunità terapeutica, fuori regione, che restituisce una idoneità, Comunità dove il paziente si trova tuttora, in libertà vigilata.

Durante la lunga degenza in SPDC legata alla misura di sicurezza giungono al paziente nuovi addebiti (esecuzione per «cumuli di pena») per resistenza a pubblico ufficiale, minacce, aggressione (relativi al triennio 2020-2022), per i quali viene condannato a 2 anni, con “pena sospesa” con concessione di misura alternativa.

Durante uno degli accessi in PS pochi giorni prima del ricovero disposto dal GIP si rende attore di aggressione e minacce a due Colleghi psichiatri, in PS, che decidono di sporgere denuncia, a seguito dell'intervento delle forze dell'ordine

Nel 2024 giunge – in relazione a tale episodio – una richiesta di archiviazione da parte del P.M. che riporta, tra le motivazioni: *«sebbene da considerarsi biasimevole, la reazione è da considerarsi riferibile ad un soggetto la cui sanità mentale è fortemente compromessa» [...] «si considera anche il fatto che, dopo appena 6 giorni dall'evento in trattazione il soggetto veniva ricoverato presso quello SPDC, avendo indubbiamente palesato quei sintomi che ne giustificavano la degenza»*.

A seguito di tale richiesta, che ci pare paradossale, in quanto pare che in questo caso la Magistratura “rammenti” che il ricovero in SPDC debba essere connesso agli scompensi psicopatologici acuti, ma contestualmente venga scotomizzato il fatto che il ricovero di cui si parla era

invece connesso ad una ordinanza dello stesso Tribunale, il nostro Dipartimento di Salute Mentale invierà una lunga lettera al Presidente del Tribunale ed al Procuratore Generale, segnalando molte delle criticità che ci paiono emergere nella vicenda sin qui riportato; a seguito di tale intervento il GIP rifiuta la richiesta di archiviazione del P.M., ed il procedimento è a tutt'oggi in corso.

LE CRITICITÀ

La vicenda clinica e giudiziaria di A. fa emergere numerose delle criticità di cui si è discusso durante i precedenti interventi di questo percorso formativo. Di alcune si dirà brevemente, non perché siano meno importanti, ma per il focus dell'intervento sulla questione dei Disturbi di Personalità ed Abuso di sostanze stupefacenti/alcol.

1. La comunicazione con la Magistratura e con le Forze dell'Ordine

Pare lapalissiana, dalla vicenda raccontata così come da molte "storie" simili di cui si occupano i Servizi di Salute Mentale, una difficoltà di interlocuzione che trova le proprie radici verosimilmente anche in un differente linguaggio ed in differenti "scopi" che vicendevolmente si attribuiscono la Magistratura, le Forze dell'Ordine ed i Servizi Psichiatrici. Il linguaggio della giustizia ed il linguaggio della psichiatria utilizzano nei propri scritti talvolta gli stessi termini, ma se il significante è il medesimo, il significato può essere differente. Il significato è tuttavia vicendevolmente comunicabile, a patto che ci si ponga in una posizione di apertura rispetto a chi è latore di saperi e responsabile di compiti differenti dai nostri. È indispensabile e non procrastinabile una formazione comune, un ampliamento degli spazi di discussione ed interlocuzione a vari livelli, da quello locale con i singoli Tribunali e le singole Caserme e Questure, a livello regionale fino ai tavoli inter-ministeriali, di modo che ciascuno possa aver chiaro il proprio mandato, il ruolo e l'obiettivo, all'interno di percorsi di vita così complessi, come quelli del paziente in questione, cercando – per quanto possibile – di tenere

distinti i compiti di custodia e di gestione dell'ordine pubblico da quelli clinici e terapeutici.

2. La sicurezza degli operatori della Salute Mentale

Quest'aspetto, del quale per necessità si dirà solo brevemente, dovrebbe invero restare la priorità assoluta; Se iniziative formative ed interlocuzioni a vari livelli si pongono con l'urgenza con cui li percepiamo, ciò è dovuto anche all'assassinio della compianta Collega Barbara Capovani avvenuto circa un anno fa, evento che è la drammatica "punta dell'iceberg" di innumerevoli episodi di aggressione al personale sanitario in genere, ma più di ogni altro ambito agli operatori della salute mentale. Si ricordi che la L.113/2020, emanata non a caso durante la Pandemia Covid19 - normativa che acuiva le pene per le aggressioni al personale sanitario tutto - prevede esplicitamente la stipulazione di specifici protocolli a livello locale con le forze dell'ordine, per gli interventi atti a tutelare il personale sanitario, oltre ad aggravare la "procedibilità" di tali reati, e non vi è alcun motivo di considerare – come invece purtroppo talvolta accade – la Psichiatria come "un mondo a sé" in cui la violenza possa essere considerata *ipso facto* un sintomo derivabile dalla patologia, che pertanto vada "gestita" con presunti strumenti terapeutici (che di tutta evidenza non abbiamo). ipotizzare che chi agisce comportamenti abnormi criminosi sia *ipso facto* "folle" pone il criminale in una dimensione che si configura come altro-da-noi. Si tratta di una rassicurante illusione, che tuttavia scotomizza il fatto che la violenza ed il crimine sono invece vicende umane ed anzi del tutto connaturate all'uomo dalle sue origini. Delegare alla Psichiatria la gestione dei comportamenti violenti *tout-court* sottintende una deresponsabilizzazione pericolosa non solo per il soggetto stesso, ma anche per la "società" che in principio si intenderebbe tutelare.

3. La Perizia psichiatrica

Il caso clinico evidenzia alcune tra le molte criticità legate alle perizie psichiatriche di cui si è discusso ampiamente in molti interventi. Preme solo sottolineare, al netto della possibilità che si giunga a "differenti valutazioni" cliniche,

che una collaborazione “fattiva” tra Perito e Servizi che seguono e conoscono il paziente, è necessaria. Il raccordo con i Servizi è indicato come un passaggio fondamentale, non da ultimo, nel “Protocollo operativo in tema di misure di sicurezza psichiatriche per il Distretto di Milano”, risalente al 2019, protocollo che ha trovato “attenzione” molto limitata in questi anni, e che a livello di Corte d’Appello (Milano e Brescia) proprio in questi mesi si sta cercando di ridefinire e rielaborare, con l’intento di una implementazione ragionevolmente sistematica di quanto si riuscirà a concordare con la Magistratura.

Si è già detto della opportunità che la perizia venga affidata a tecnici con esperienza di lavoro di alcuni anni nei Servizi di Salute Mentale; si aggiunge qui che una delle ipotesi, anch’essa più volte richiamate, è l’opzione di un “ruolo” dei Servizi territoriali ed in particolare delle Equipe forensi, all’interno dell’iter procedurale della perizia. In tal senso merita un richiamo l’esperienza, quantomeno in linea di principio teorico, delle UFPF (Unità Funzionali di Psichiatria Forense) della Regione Liguria, che prevederebbero un ruolo maggiormente definito di collaborazione con la Magistratura sia nella fase di valutazione psichiatrico-forense in relazione alla individuazione del percorso più opportuno sia nella valutazione dell’andamento dello stesso di tali Equipe forensi dedicate, ruolo non lasciato alla discrezione del Perito o Consulente, ma con apparente responsabilità diretta di raccordo da parte della Magistratura.

4. I Disturbi di Personalità e la problematica del Disturbo Antisociale

La più grossa parte dei problemi di gestione dei pazienti con disturbi psichici autori di reato, sia in termini “clinici” sia in termini di processo e di concreta individuazione di risposte funzionali, riguarda i pazienti con Disturbo di Personalità.

È un dato di letteratura consolidato che le persone che soffrono di Disturbo di Personalità, abbiano un rischio di agire crimini, ed in particolare anche crimini violenti,

ben più elevato della popolazione generale (anche più elevato dei pazienti con disturbi psicotici). Questo dato generale va però analizzato alla luce di alcuni bias e di alcune considerazioni anche cliniche sul punto.

Un primo problema, tutto “clinico”, riguarda la diagnosi stessa. Dovremmo riconoscere che le diagnosi di Disturbo di Personalità sono diagnosi “poco stabili”, con una notevole “variabilità” ed una bassa “reliability” sia “inter-rater” sia longitudinale (*d’Huart et al. – Front. Psychiatry 2022 Mar 24;13:840678; d’Huart et al. – Clinical Psychology Review 2023 – vol. 102*), con notevoli “switch” tra i disturbi di personalità di cluster B, oltre che con il disturbo di personalità NAS. L’attribuzione, talvolta non corroborata da stringenti dati clinici – da parte dei nostri stessi Servizi - di una diagnosi di “disturbo di personalità” NAS, a pazienti con comportamenti disfunzionali, porge evidentemente il fianco ad una serie di misinterpretazioni e “misusi” che hanno poi conseguenze pratiche che sono sotto gli occhi di tutti. Si consideri poi che i medesimi studi ci dicono che, tra coloro che “mantengono” la diagnosi stabilmente imm modificata, i pazienti con DP Antisociale tendono a mantenere invariati nel tempo i criteri diagnostici: ciò pare potersi collegare alla “immodificabilità” (prima ancora che “intrattabilità”) del DP antisociale, per come attualmente definito.

I criteri diagnostici – così come definiti dal DSM-V-TR – per il Disturbo di Personalità antisociale, eccezion fatta probabilmente per la dimensione dell’impulsività (che è dimensione peraltro trasversale a svariati disturbi e difficilmente identificabile come sintomo), sono di fatto dei “comportamenti”, e segnatamente dei comportamenti-reato. Come ci ricorda Fornari nel Trattato di Psichiatria forense «*l’elencazione dei criteri diagnostici [del DP antisociale, ndr] tiene conto di parametri che confondono il piano del disturbo psicopatologico con quello dell’analisi del comportamento e del giudizio etico*».

Da questa confusione tra il piano della psicopatologia ed il piano del comportamento derivano almeno tre conseguenze:

- Se i criteri per fare diagnosi sono dei reati, è evidente che l'autore di reati con maggiore probabilità riceverà quella diagnosi
- Se "sintomo" viene considerato il comportamento e non la psicopatologia, qual è la «cura», se non il contenimento del comportamento? (custodia)
- Se anche si potesse immaginare una ipotetica "cura" del comportamento-reato, verrebbe da obiettare che l'accesso a questa cura dovrebbe prevedere come precondizione un minimo di *insight* (consapevolezza); la consapevolezza rispetto ad un comportamento disfunzionale che si inquadra come un reato è però qualcosa di molto simile al "rimorso", prevede l'accesso alla "colpa", condizione cui – per definizione – le persone con aspetti antisociali non accedono: un ulteriore paradosso non risolvibile.

Da tutto ciò si dipana un processo che è viziato ab origine e le cui conseguenze si riverberano su tutto il percorso, in particolare per quanto riguarda le opzioni terapeutiche, o presunte tali.

Non esistono ad oggi trattamenti EBM per il Disturbo di Personalità antisociale, né farmacologici né psico-sociali (*metanalisi Gibbon et al. Cochrane Database Syst Rev, 2020 Sep 3;9*) e se la "diagnosi" coincide con il reato, il "trattamento" rischia per l'appunto di ridursi al "contenimento del reato". Per un paziente con un disturbo psicotico siamo in grado di ipotizzare programmi di trattamento che, sperabilmente, agendo positivamente sulla psicopatologia potranno apportare benefici anche agli aspetti comportamentali derivabili dalla psicopatologia (se del caso anche reati); così non è, ad oggi, per il Disturbo di Personalità Antisociale, salvo voler attribuire a noi stessi dei compiti salvifici che non abbiamo né competenza né possibilità concreta di adempiere.

Molto si è detto sulla c.d. "Sentenza Raso" (Cass. Sezioni Unite Penale 9163/2005), attribuendo alla stessa la presunta "colpa" dell'allargamento della possibilità di attribuzione del vizio di mente ai pazienti con diagnosi di Disturbo di Personalità. La sentenza Raso è una sentenza

articolata, elaborata, ben argomentata e ben scritta anche in termini di riferimenti psicopatologici, difficilmente discutibile sul piano psichiatrico forense, che poteva in linea di principio avere anzi il merito di aver provato a sistematizzare e definire elementi su cui la soggettività tendeva ad imperare. È di tutta evidenza che ogni disturbo mentale o anche ogni condizione psicologica (e non necessariamente psicopatologica) possa "condizionare" le nostre condotte; ma – prova a dire la Sentenza Raso entrando nel merito – è la "gravità" della psicopatologia che sottende il comportamento che può, a determinate condizioni (*in primis* quella del c.d. nesso etiologico), incidere sulla imputabilità.

Ciò che è accaduto successivamente è semmai che il "misuso" nella pratica forense di quanto valutato nella Sentenza Raso ha portato a confondere il piano della gravità del comportamento con quello della gravità della psicopatologia sottostante, allargando di fatto l'istituto della non imputabilità per infermità di mente quasi indistintamente a tutte le persone affette da disturbo di personalità. Ciò che è "grave", per la Psichiatria, è "l'organizzazione" di personalità, in riferimento al funzionamento affettivo, ai meccanismi di difesa (primitivi), ai disturbi dell'identità, potendo contemporaneamente una compromissione, sebbene transitoria, del sentimento di realtà.

Il rischio è che prevalga la «gravità» del comportamento (per esigenze di natura squisitamente giudiziaria e di difesa sociale) nella valutazione dell'attribuzione del vizio di mente, con il risultato di «imporre» dei percorsi «terapeutici» che non hanno target psicopatologici individuabili e trattabili, ma solo – appunto – «comportamenti» gravi da contenere. Da questo vizio originario deriva un enorme numero di misure di sicurezza per persone che hanno agito gravi comportamenti, ma senza target terapeutici individuabili alla base. Il «valore di malattia», o meglio «significato di infermità» correlata all'atto-reato, che può comportare la non imputabilità esiste – come ci ha ricordato il Prof. Fornari - nei casi in cui l'agito può essere iscritto in documentate alterazioni

funzionali sintomatiche di disturbi mentali gravi (compresi i Gravi DP) che si costituiscono come un *quid novi* e un *quid pluris* rispetto al consueto funzionamento mentale di stato» descrivendo una frattura rispetto al funzionamento abituale, anche patologico, del soggetto. Viene da chiedersi, in riferimento al nostro caso clinico ma non solo, se il reato è per definizione «abituale» (es. Maltrattamenti in famiglia – 572 c.p.) come può considerarsi l'agito abitualmente ripetuto da parte del paziente con disturbo di personalità (in particolare antisociale – che quindi «per definizione» abitualmente compie reati) come avente valore di infermità ai fini del vizio di mente? (dov'è il *quid novi* e *quid pluris*?)

In definitiva, nel caso in particolare del Disturbo di Personalità, la “confusione” tra cura e custodia pare difficile da “sbrogliare”, tantopiù che nelle stesse parole della L.81/2014 questa confusione è esplicita. Quando leggiamo, nel dispositivo normativo, che l'internamento nelle REMS ha carattere eccezionale in quanto applicabile *"solo nei casi in cui sono acquisiti elementi dai quali risulti che è la sola misura idonea ad assicurare cure adeguate ed a fare fronte alla pericolosità sociale dell'infermo o seminfermo di mente"*, balza agli occhi l'accostamento, dato per scontato, tra “cure adeguate” e “contenimento della pericolosità sociale”, come se le due cose dovessero prevedere necessariamente le stesse misure e la REMS si configuri quasi naturalmente come *extrema ratio* per entrambe, mentre la cura della patologia ed il contenimento della pericolosità possono e devono poter prevedere percorsi e misure diverse, in riferimento alla storia della persona.

5. Imputabilità e uso di sostanze stupefacenti e alcol

Vale la pena appena ricordare che esistono, in riferimento ad alcol e sostanze stupefacenti, degli articoli del codice penale, su cui molto ha dibattuto la Giurisprudenza e che sicuramente sentono il peso del secolo trascorso dalla redazione del Codice Rocco, ma non per questo non vigenti (eppure paiono sempre meno considerati nella pratica forense nei casi di cui si discute): gli artt. 92

e 93 cp esplicitamente escludono che “l'ubriachezza” o l'intossicazione da sostanze incidano sulla imputabilità, anzi l'uso abituale dovrebbe costituire una “aggravante” (art.94 cp), fatta eccezione per la tanto discussa “cronica intossicazione da sostanze stupefacenti o alcol” (art.95 cp) che, senza entrare nel merito delle varie interpretazioni giurisprudenziali nel corso degli anni, è comunque relativa a casi limitati in cui l'abuso inveterato comporti uno stato permanente ed irreversibile di patologia psicofisica, ormai indipendente dalla singola assunzione.

Preme invece sottolineare che esiste una normativa (d.p.r. 309/1990 – «testo unico stupefacenti»), con la quale si sono da anni e con competenza confrontati i Servizi per le dipendenze, che disciplina la concessione di misure alternative alla detenzione per pazienti con problemi di dipendenza da alcol e sostanze. In ogni fase del procedimento giudiziario è possibile per il Giudice concedere, su istanza del paziente ed ove ritenuto indicato, il beneficio della misura alternativa trattamentale per questi pazienti, con una differenza a mio parere molto significativa, anche in termini di principio, se si raffronta al caso delle “misure di sicurezza” per disturbi psichiatrici: la concessione di misura alternativa in prova al servizio sociale per scopi terapeutici, nel caso delle sostanze stupefacenti ed alcol ai sensi del dpr 309/1990, non è compatibile con l'accertata pericolosità sociale del richiedente (Cass. Sez I pen., 16905/2018; Cass Sez I pen, 48041/2018; Cass. Sez. I pen, 23120/2019).

Nel caso della normativa relativa a alcol-dipendenza e tossicodipendenza quindi la legge (ed anche la giurisprudenza) preserva la distinzione tra pericolosità sociale (concetto giudiziario) e trattamento della patologia. Nel caso della patologia mentale la «pericolosità sociale» diviene spesso di fatto un «ponte» tra cura e custodia, con la conseguenza che quando (frequentemente) le due problematiche coesistono, la pericolosità sociale viene *de facto* spesso «riassorbita» nella patologia mentale, ed il problema di tossicodipendenza rischia di essere scotomizzato. Ciò ha conseguenze, ancora una volta, rispetto al

possibile percorso terapeutico: scotomizzare il problema della dipendenza da sostanze/alcol può significare indicare dei percorsi terapeutici per dei presunti problemi psicopatologici (es. DP antisociale) non trattabili, ma anche impedire l'accesso a percorsi trattamentali efficaci che invece esistono per l'abuso e la dipendenza da sostanze.

Infine in termini sia di forma sia di sostanza, la "concessione" della misura alternativa parte da una "istanza" del paziente, con ciò prevedendo, almeno in teoria, un passaggio di "consapevolezza" (*insight*), della propria problematica. La misura di sicurezza facente seguito a dichiarazione di non imputabilità, per contro, non prevede alcuna responsabilizzazione in termini di *insight* e di richiesta/bisogno di cura, talvolta può anzi divenire una «imposizione» di un ipotetico trattamento, che finisce per coincidere con la custodia.

È forse possibile preservare il principio di diritto «*nullum crimen sine culpa*» ed il principio di diritto della imputabilità, presente in quasi ogni ordinamento dall'antica Roma in poi e che ha peraltro chiari rimandi alla nostra Costituzione, a patto di tenere ben distinti il motivo, il mandato, la competenza e lo scopo della cura, da quelli della custodia.

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