



**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**

**6Maggio2024**  
MILANO

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

PRIMA GIORNATA

Concetti teorici  
di psichiatria Forense



PRIMA GIORNATA

## Concetti teorici di psichiatria Forense

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

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

Responsabili Scientifici

Giancarlo Cerveri, Alessia Cicolini

## PROGRAMMA SCIENTIFICO

### Saluti istituzionali

**Guido Bertolaso**, *Assessore Welfare Regione Lombardia*

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

**Guido Grignaffini**, *DG ASST Lodi*

**Ivan Limosani**, *Dirigente Regionale Salute Mentale*

09.30-10.00

Registrazione partecipanti

**Chairman: G. Cerveri, A. Cicolini**

10.00-10.30

Concetto di infermità di mente e di imputabilità

**Ugo Fornari**

10.30-11.00

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

**Monica Cali**

11.00-11.30

Pericolosità sociale psichiatrica e criminale, indicatori clinici interni ed esterni

**Ugo Fornari**

11.30-12.00

*Discussione sugli argomenti trattati*

12.00-13.00

L u n c h

**Chairman: E. Bondi, A. Vita**

13.00-13.30

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

**Ivan Limosani**

13.30-14.00

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

**Beatrice Secchi**

14.00-14.30

Patologie complesse e Diagnosi: la REMS come unica strada?

**Federico Durbano**

14.30-15.00

*Discussione sugli argomenti trattati*

15.00-15.30

Questionario ECM

# PATOLOGIE COMPLESSE E DIAGNOSI: LA REMS COME UNICA STRADA?

6 MAGGIO 2024

**Durbano Federico**

*Direttore DSMD ASST Melegnano e della Martesana*

Il mio intervento vuole mettere in luce, con una analisi critica e comparativa, le reali possibilità di intervento territoriale sui soggetti autori di reati con patologia psichiatrica. In particolare, la riflessione verte sulla possibilità di interrompere gli automatismi che caratterizzano l'invio in REMS e il successivo reinvio in altra struttura residenziale dei pazienti psichiatrici autori di reato.

L'attuale assetto normativo deriva da una evoluzione del sistema di superamento dei vecchi Ospedali Psichiatrici Giudiziari che a partire dal D. lgs 230/1999 vede il trasferimento progressivo dell'assistenza sanitaria negli Istituti di pena al servizio sanitario nazionale (SSN), che diventa regionale (SSR) dopo il 2001 (riforma del titolo V della Costituzione). Con una sentenza della Cassazione del 2003 si assiste poi al superamento dell'automatismo dell'inserimento in OPG o CCC delle persone socialmente pericolose con vizio di mente (ex artt. 88 e 89 CP), determinando un progressivo spostamento del rapporto delle misure di sicurezza "detentive" rispetto a quelle "non detentive" che in 20 anni viene di fatto ribaltato, passando queste ultime dal 10 all'90 % del totale delle misure di sicurezza. Si arriva così alla Legge 81/2014 che prevede il superamento di Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e le Case di Cura e Custodia (CCC), in linea di continuità con il percorso iniziato con la legge 180/1978 (poi L. 833/1978), e l'istituzione delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS). Nelle successive evoluzioni applicative della legge si dispone che le misure di sicurezza detentive debbano essere

eseguite nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), che OPG e CCC siano sostituiti preferenzialmente da percorsi territoriali dove le REMS dovrebbero essere considerate una soluzione "extrema ratio" per i pazienti per cui non si riesce a realizzare il percorso territoriale. Vedremo che così non sarà. Infatti il dispositivo normativo prevede che l'internamento nelle nuove strutture abbia carattere transitorio ed 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". Posto che queste funzioni adeguatamente per i pazienti «psichiatrici», resta insoluto il problema delle pericolosità sociali legate ad una infermità psichica che non è direttamente attribuibile a patologia mentale maggiore: dipendenze, disabilità, malattie neurodegenerative, personalità devianti.

Ricordiamo a scopo puramente didascalico che esistono due categorie di pazienti psichiatrici autori di reato:

- I cosiddetti "folli-rei", ovvero persone giudicate incapaci di intendere e volere al momento del reato, che se ritenute socialmente pericolose vengono assegnate agli OPG prima e alle Residenze per le Misure di sicurezza (REMS), oggi.
- I cosiddetti "rei-folli", ovvero persone giudicate capaci di intendere di volere, riconosciute colpevoli di un reato e per questo condannate a pena detentiva, nelle quali però la patologia psichica si aggrava o insorge successivamente all'ingresso in carcere, tanto da rendere incompatibile la condizione di salute con lo stato detentivo (infermità psichica sopravvenuta ex art. 148 c.p.) oppure da rendere necessario un periodo di "osservazione" per valutarne la compatibilità con il carcere (ex art. 111,5 reg. esecuzione ord. pen.). In questa tipologia sono frequenti le possibili ibridazioni con altre condizioni patologiche, sociali, psicologiche. Dalla precedente situazione, in cui entrambe le categorie venivano assegnate agli OPG, si è passati ad una differenziazione per cui i primi possono trovare aperta la

strada per le REMS, per i secondi invece devono essere trovati gli strumenti di cura esclusivamente all'interno del sistema penitenziario, essendo negata loro, per legge, qualsiasi "alternativa" (e vedremo in altri contributi di altri colleghi come tale risposta sia aleatoria e suggestiva di ulteriori criticità) [a titolo esplicativo si accenna al DPR 230/2000 che prevede l'assegnamento in sezioni speciali, "articolazioni per la salute mentale", max 30 gg (artt. 111 e 112) ma anche alla Sentenza 99 del 19/4/2019 per cui viene riconosciuta l'equivalenza tra salute fisica e salute psichica per cui i detenuti con patologie psichiche sopraggiunte in seguito alla detenzione possono fare istanza di concessione di misure alternative].

Limitandoci ad analizzare i percorsi possibili per i "folli-rei", la normativa attuale prevede che siano possibili due percorsi, in base alla presenza (e gravità relativa) di una pericolosità sociale correlata ad infermità psichica: misure di sicurezza detentive (assegnazione alla REMS) o misure di sicurezza non detentive (in cui il ruolo dei servizi territoriali è centrale per la presa in carico e la gestione clinica).

Non entro nel merito delle criticità di gestione di una REMS che vede normativamente riconosciuta solo una mission sanitaria ma si deve occupare anche di tutti gli aspetti di gestione di soggetti comportamentalmente pericolosi in quanto la legge 81 (decisamente contestata proprio su questi punti anche dalla sentenza 22 del 2022 della Corte Costituzionale) ha previsto la centralità del percorso sanitario ma ha lasciato sullo sfondo ed irrisolte tutte le altre problematiche.

Rispetto ai percorsi di presa in carico territoriale, al di là della criticità legata alla mancanza di punti di ancoraggio per definire il livello di gravità di una pericolosità sociale (spesso riconosciuta da periti "non periti" per compiacere un diffuso ma acritico bisogno di difesa sociale), alcune riflessioni sono doverose. La misura di affidamento ai servizi sociali e sanitari, anziché a quelli giudiziari, costituisce sicuramente un passo in avanti nella riduzione delle

misure restrittive totalizzanti, ma, mantenendo inalterato il concetto di pericolosità sociale, non cambia l'essenza della questione. Infatti a volte l'internamento in REMS presenta caratteri restrittivi eccessivi o squilibrati rispetto a precedenti esperienze (soprattutto per utenti provenienti da residenzialità in cui il clima ambientale e relazionale è più aperto), spesso i servizi territoriali mancano di servizi psichiatrici forensi che possano farsi carico non solo della parte valutativa ma anche trattamentale. Spesso si tratta di un intervento puntiforme, senza seguito: il territorio ha logiche differenti da quelle di una unità trattamentale forense. Molte volte poi l'internamento in REMS viene vissuto come punitivo, e quindi viene minato l'aspetto di alleanza terapeutica necessario ad un buon percorso trattamentale che sarebbe l'obiettivo sostenuto dalla normativa istitutiva delle REMS. Infine, ma centrale per supportare lo spirito alla base della legge ovvero la restituzione del soggetto alla sua rete sociale, mancano percorsi di vero inserimento lavorativo che creino prospettive utili a sostenere una valida uscita dal percorso restrittivo (per sua natura, come abbiamo visto, invalidante).

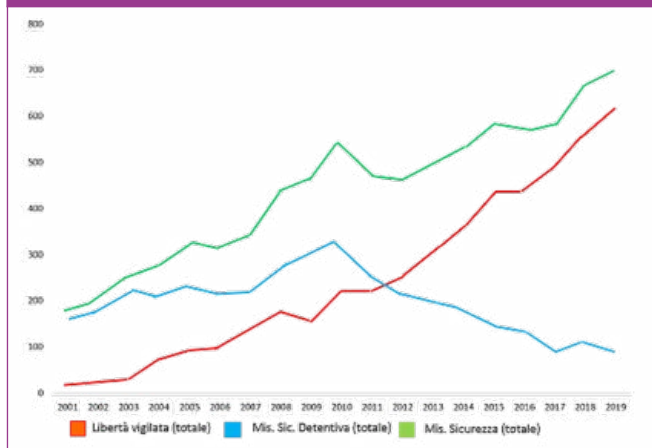
Il rischio concreto di una neo-istituzionalizzazione è forte. Alcuni hanno parlato di "manicomio diffuso" per indicare un percorso di offerta sostanzialmente invalidante, in cui i bisogni del soggetto sono coperti solo da interventi dei diversi servizi, non è lasciato alcuno spazio alla evoluzione personale e quindi non si persegue il reinserimento del soggetto nella società attiva ma lo "parcheggia" in qualche struttura (o attività) senza un reale progetto. Il concetto di recovery, in questi casi, è del tutto abbandonato.

La realtà è che le misure di sicurezza stanno aumentando. Un recente lavoro di Zuffranieri e Zanalda (2022) <sup>1</sup>evidenzia in maniera chiara questo trend, differenziando i diversi tassi di applicazione delle misure detentive (apparentemente in calo) rispetto a quelle non detentive (in crescita).

1. Zuffranieri M, Zanalda E. Il percorso di superamento dell'OPG e i suoi effetti nell'applicazione delle misure di sicurezza. *Rass It Criminologia* 2022;4:258-65



Fig 1 Applicazione in sentenza di misure di sicurezza anni 2001 – 2019 (Zuffranieri e Zanalda, 2022)



A questo punto sono doverose alcune riflessioni critiche. Gli interventi forniti dal DSMD devono essere orientati alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione di persone con disturbo mentale e/o dipendenza patologica. Questa è la nostra irrinunciabile mission, questo deve essere il nostro perimetro operativo. Qualsiasi intervento che abbia al centro istanze di sorveglianza o custodia o tutela dell'ordine pubblico che trascendano la funzione clinica del DSMD deve essere rifiutato, e in maniera chiara si deve chiedere una netta distinzione tra bisogno clinico e bisogno di difesa sociale, anche se ci sono situazioni in cui i due bisogni si possono contaminare, ma gli attori della loro gestione devono

restare distinti, pena una confusione ed una diluizione dei ruoli e quindi delle responsabilità pericolosa per la società e inutile per il paziente. Anche i ricoveri in SPDC ex art. 73<sup>2</sup> e 286<sup>3</sup> cpp devono essere limitati il più possibile nel tempo e legati strettamente ai bisogni di trattamento clinico e non ad altre istanze.

Altra riflessione critica riprende il concetto di manicomio diffuso. Bisogna ricordare e avere sempre presente che il manicomio non è solo una struttura fisica ma anche un modello mentale; la continua ridenominazione di strutture istituzionalizzanti, o peggio ancora il trasferimento di tali «funzioni» nella rete territoriale, non può nascondere la implicita contraddizione di fondo: sostenere il diritto di uguaglianza e di appartenenza ad un contesto sociale ma contemporaneamente lavorare per isolare il soggetto dalla (sua) realtà sociale a causa di una sua incapacità di adattamento ad un mondo; è una contraddizione su cui nessuno muove mai alcuna questione e che nessuno mette mai in discussione. Sarebbe essenziale superare il modello di internamento, non riproporre gli stessi meccanismi e gli stessi dispositivi manicomiali trasferendoli da uno spazio architettonico (manicomio) ad uno spazio virtuale (territorio). In questo modello mentale vengono anche implicitamente accettate alcune istanze che invece si tende a criticare nelle prese di posizione ufficiali: viene ribadito

2. I. In ogni caso in cui lo stato di mente dell'imputato appare tale da renderne necessaria la cura nell'ambito del servizio psichiatrico, il giudice informa con il mezzo più rapido l'autorità competente per l'adozione delle misure previste dalle leggi sul trattamento sanitario per malattie mentali.  
 II. Qualora vi sia pericolo nel ritardo, il giudice dispone anche di ufficio il ricovero provvisorio dell'imputato in idonea struttura del servizio psichiatrico ospedaliero. L'ordinanza perde in ogni caso efficacia nel momento in cui viene data esecuzione al provvedimento dell'autorità indicata nel comma 1.  
 III. Quando è stata o deve essere disposta la custodia cautelare dell'imputato [274 c.p.p.], il giudice ordina che la misura sia eseguita nelle forme previste dall'articolo 286.  
 IV. Nel corso delle indagini preliminari, il pubblico ministero provvede all'informativa prevista dal comma 1 e, se ne ricorrono le condizioni, chiede al giudice il provvedimento di ricovero provvisorio previsto dal comma 2
  
3. I. Se la persona da sottoporre a custodia cautelare si trova in stato di infermità di mente che ne esclude o ne diminuisce grandemente la capacità di intendere o di volere, il giudice, in luogo della custodia in carcere, può disporre il ricovero provvisorio in idonea struttura del servizio psichiatrico ospedaliero, adottando i provvedimenti necessari per prevenire il pericolo di fuga. Il ricovero non può essere mantenuto quando risulta che l'imputato non è più infermo di mente (Se il giudice ritiene cessato lo stato di infermità mentale, procede disponendo la custodia in carcere senza necessità di apposita richiesta del P.M.).  
 II. Si applicano le disposizioni dell'articolo 285 commi 2 e 3.

il collegamento inaccettabile cura-custodia riproponendo uno stigma manicomiale, viene validata la responsabilità penale del curante-custode, viene cronicizzato il paziente attraverso un processo di reinserimento sociale infinito, promesso ma mai raggiunto, legato indissolubilmente a pratiche e percorsi coercitivi, obbligatori, e contenitivi ma mai evolutivi (nei limiti delle possibilità del soggetto). Anche una libertà vigilata con affidamento ai servizi di salute mentale che può estendersi all'infinito è un modello di manicomio territoriale, se non è ancorata ad un progetto di cura e trattamento orientato alla recovery.

A complicare questo quadro ci sono anche i quadri clinici cosiddetti di confine:

- I problemi comportamentali correlati eziopatogeneticamente con le grandi sindromi mentali (psicosi, disturbi dell'umore) sono relativamente facili da gestire sul piano peritale
  - Il problema dei disturbi gravi di personalità, in particolare la coerenza clinica del disturbo antisociale di personalità, molto meno
  - Gli effetti dei perturbatori diagnostici: uso e abuso di sostanze, disabilità intellettive e neurocognitive, malattie del neurosviluppo
  - Gli aspetti legati ai meccanismi adattativi e di resilienza nel determinismo delle risposte psico-comportamentali: concetto di omeostasi, di risposta adattativa transeunte, di perturbazione emotiva reattiva...
  - Gli aspetti sociali nel determinismo comportamentale
- Ognuno di questi punti meriterebbe uno specifico approfondimento sia teorico che epistemologico.

Ancora, ci sono altre complicità di tipo giudiziario: molti degli utenti delle REMS si sono resi autori negli anni di più reati e non in tutti i procedimenti penali viene riscontrata una condizione di non imputabilità rispetto ai diversi fatti costituenti reato. Lo stesso paziente può trovarsi ad essere ritenuto imputabile, anche per precise strategie difensive, in alcuni procedimenti, non imputabile in altri, in altri ancora affetto da vizio parziale. I diversi attori spesso sono proprio diversi, con diverse sensibilità, obiettivi, strategie, culture.

Gli unici che restano gli stessi sono i servizi curanti:


- Il perito
- Il servizio curante
- Il reato specifico
- Il nesso causale specifico
- Il Giudice giudicante
- Il contesto sociale specifico

Questi pazienti sono pazienti speciali e delicati, che non possono e non devono essere equiparati e confusi con i pazienti "normali" non per uno stigma sociale legato alla commissione di uno o più reati ma perché devono essere gestiti con più attenzione in quanto più esposti agli effetti collaterali sociali e giuridici della loro malattia. Il complesso percorso di gestione di questi problematici e delicati pazienti necessita di una organizzazione differente dei servizi. Il ruolo delle unità forensi nei DSMD dovrebbe proprio rispondere a questo scopo.

Infine, sempre per evidenziare le quotidiane criticità che condizionano il nostro operare in questo particolare ambito, elenco alcuni problemi che devono trovare soluzione non solo "creativa" nei servizi ma strutturale/normativa:

- Soggetti che commettono reato sotto influenza sostanze
    - Dipendenza vs uso problematico?
    - Diagnosi duale?
  - Soggetti senza fissa dimora / cancellazione dalle liste anagrafiche dopo arresto
    - Sede del reato = sede di cura ma non definita sede «sociale»
    - Ultima residenza valida è la residenza ► spese sociali? Servizi territoriali?
  - Anziani con deterioramento cognitivo o soggetti con disturbi dello sviluppo
    - Problemi di compartecipazione di spesa in RSA/RSD
  - Extracomunitari senza permesso di soggiorno
    - Reati ostativi al rilascio di permesso di soggiorno?
    - Non copertura spese sanitarie fuori da urgenza
    - Non copertura spese sociali
    - Scontare pena nel Paese d'origine? E i richiedenti asilo?
- Di seguito 2 slide sintetiche rispetto alla organizzazione

PRIMA GIORNATA  
Concetti teorici di psichiatria Forense



# Proposta 1 – le equipe forensi

Istituzione in tutti i DSMD di una Equipe funzionale di psichiatria forense


- L'equipe deve essere realmente costituita, con figure dedicate e non "in prestito"
- L'equipe deve avere / farsi una specifica formazione forense
- L'equipe deve lavorare sulla rete e con la rete, non nella rete; principio di complementarità e integrazione, non di surroga / vicariamento

Funzioni:


- Monitoraggio
- Presa in carico di alcune fasi del percorso
- Inter-mediazione con i soggetti istituzionali preposti nella definizione e nell'attuazione del progetto di cura (Procura, Tribunale, Periti, REMS, UEPE, Enti locali etc.)

Dotazione minima ragionevole implementabile in base ai bisogni specifici del territorio servito

- 1 psichiatra
- 1 psicologo con competenze psicodiagnostiche specifiche
- 1 Infermiere
- 1 Assistente Sociale
- 1 Terapista della Riabilitazione Psichiatrica (TERP)



PRIMA GIORNATA  
Concetti teorici di psichiatria Forense




# Proposta 2 – l'attività peritale

Si ritiene necessario che il perito psichiatra incaricato di valutare imputabilità ed eventuale pericolosità sociale di un soggetto autore di reato, nonché di elaborare il progetto/affidamento del paziente, abbia maturato una consolidata ed attuale esperienza presso i servizi psichiatrici pubblici.

Affidare ruolo peritale alle Unità di psichiatria forense potrebbe essere una evoluzione del sistema utile sia al paziente (valutato dal e nel suo territorio) sia ai servizi di salute mentale (cognizione più approfondita delle risorse effettivamente disponibili)

Incrementare le risorse minime proposte nella slide precedente



delle unità forensi all'interno dei DSMD, unità forensi che devono essere trasversali a tutti i servizi del DSMD per garantire una uniformità di criteri valutativi, un punto unico di raccordo dei percorsi trattamentali, una funzione di vero case manager di percorsi che altrimenti si frammentano in diversi attori e in diverse agenzie difficilmente correlabili e coordinabili con gli ordinari flussi organizzativi dei servizi.

Per concludere, lasciando in ombra altri aspetti importanti legati al ruolo dei periti e alle loro doverose relazioni con i DSMD, alla corretta valutazione e gradazione della pericolosità sociale, ai rapporti tra DSMD e Magistratura, alle difficoltà di raccordo tra i diversi attori territoriali (sanitari, sociosanitari, sociali, della rete informale), chiudo la mia riflessione sui punti legati ai percorsi trattamentali di tipo residenziale.

La cura (riabilitazione) e l'assistenza sono gli elementi di qualificazione delle strutture residenziali psichiatriche, declinate in base all'intensità dei bisogni riabilitativi e residenziali. La scelta di avviare un soggetto ad una tipologia di struttura non può essere funzionale esclusivamente a bisogni di sorveglianza e di impedimento alla reiterazione del reato che finirebbero inevitabilmente per interrompere il percorso riabilitativo trasformando il ruolo della struttura in un luogo di detenzione invece che di cura.

L'utilizzo delle strutture residenziali deve tendere a evitare una subliminale neo-manicomializzazione. Le SRP sono sature, assorbono il 70% o più della spesa nell'area della salute mentale per un numero di soggetti inferiore al 20% del totale dei seguiti, le SRP mal utilizzate inducono movimenti involutivi (cronicizzazione), e l'eccessivo ricorso ad esse risponde solo a logiche gestionali distorte in cui il territorio inteso nella sua completezza perde il ruolo cardine del percorso di cura.

## 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