



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria

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



INSERTO DI
PSICHIATRIA OGGI
Anno XXXVII

INDICE

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

INDICE

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



Regione
Lombardia

Board Scientifico:

E. Bondi

G. Cerveri

A. Cicolini

F. Durbano

G. Migliarese

V. Salvi

M.O.M. Toscano

A. Vita

Formazione
Progetto
Rafforzamento
DSMD

6Maggio2024
MILANO

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

PRIMA GIORNATA

Concetti teorici
di psichiatria Forense



Formazione
Progetto
Rafforzamento
DSMD

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

IL CONTENUTO CLINICO DELL'INFERMITÀ DI MENTE

6 MAGGIO 2024

Fornari Ugo

Neuropsichiatra e medico legale, già professore di psicopatologia forense presso l'Università degli Studi di Torino

DEVO PREMETTERE CHE

Il titolo della mia relazione: concetto di infermità di mente e imputabilità fa riferimento a due nozioni giuridiche, trattare delle quali esula dalla mia competenza, che è invece quella di collocare dei contenuti clinici in questi due nozioni¹.

A ciò mi atterro nel proporre quanto segue alla vostra attenzione, avendo ben presente che

- il significato clinico di disturbo mentale non si identifica con quello giuridico di infermità di mente e che
- i due modelli clinico forensi che si integrano reciprocamente nel fornire il contenuto clinico dell'infermità di mente sono quelli della psichiatria e della psicopatologia forense.

La **psichiatria forense** fa fondamentale ricorso alla nosografia psichiatrica e alla diagnosi categoriale viene conferito, là dove possibile, valore di malattia (**modello medico psichiatrico**). Il contenitore classificatorio, anche se circoscritto ai disturbi psicotici (organici e funzionali) e ai disturbi gravi di personalità, eventualmente in **comorbidità** o ai seri Disturbi dello sviluppo intellettuale e ai Disturbi neurocognitivi maggiori o alle **dipendenze patologiche**, di per sé solo considerato, è un **guscio vuoto** che definisce il "campo", la "cornice" in cui l'esperto si sta avventurando per compiere le sue esplorazioni con gli strumenti di cui in quel momento dispone (specie quelli

neuroscientifici, neurobiologici e delle scienze naturali) e sui quali, ritiene di poter fare affidamento.

La **psicopatologia forense** si colloca entro i luoghi della soggettivizzazione e dell'alterità, rappresentandone l'essenziale categoria conoscitiva e si occupa della dimensione umana della sofferenza mentale dando la priorità al mondo interno, alle esperienze vissute dagli esaminandi in una **ricerca di senso e di significato** dei segni psicopatologici. Essa utilizza come *metodo di conoscenza* la comprensione e l'ascolto empatico della sofferenza umana, agita o subita, alla quale vengono conferiti dei significati; come *modello di riferimento* le scienze umane e la centralità del rapporto osservatore-osservato; come *strumenti* la narrazione che descrive e delinea una identità psicopatologica; il *modello interpretativo*, infine, cerca di cogliere il senso profondo del sintomo e del segno psicopatologico.

In **entrambi i percorsi conoscitivi e valutativi** l'attenzione del perito/consulente deve essere concentrata non solo sul preliminare inquadramento **diagnostico** del periziando (= **che cosa ha**), ma deve tenere conto del suo bagaglio culturale e nozionistico, delle caratteristiche della relazione con lui instauratasi, del contesto narrativo in cui è avvenuto il fatto e dell'eventuale compromissione psicopatologica del suo **funzionamento** mentale (organizzazione cognitiva, assetto affettivo-relazionale, gestione delle emozioni) riferita all'evento giuridicamente rilevante, agito o subito, in ambito penale o civile (= **chi è**).

Tradizionalmente i periti, in punto vizio di mente, hanno proceduto e tuttora procedono a una valutazione che stabilisce una *connessione diretta* tra diagnosi clinica e infermità di mente, inferendo dalla prima la seconda e il valore di malattia dell'agito criminale.

In particolare, per quanto riguarda le c.d. "varianti abnormi dell'essere psichico" (psicopatie, nevrosi e altre varianti abnormi), i periti hanno fatto ricorso a nomenclature provvisorie, convenzionali in continua

1. Il contenuto di questo mio intervento è ricavato dal mio Trattato di Psicopatologia e di Psichiatria forense, edito dall' Utet, Torino, 2024 (IX edizione).

evoluzione e arbitrariamente messe in connessione con il vizio di mente.

Adottando tali presupposti, non si esce fuori dal modello nosografico descrittivo, medico, biologico, statico e si conferisce erroneamente importanza essenziale ed esclusiva **al solo contenitore** diagnostico per la valutazione psichiatrico forense, specie nella stragrande maggioranza dei casi in cui il riferimento specifico è ai disturbi di personalità.

Sulla *vexata quaestio* della loro rilevanza forense, ricordo che si tratta di tematica a suo tempo già affrontata, svolta e risolta dalle Sezioni Unite della Corte di Cassazione (Cass. Sez. Un. Pen. n. 9163, 8 marzo 2005), che hanno stabilito che

"Anche i disturbi della personalità, come quelli da nevrosi e psicopatie, possono costituire causa idonea ad escludere o grandemente scemare, in via autonoma e specifica, la capacità di intendere e di volere del soggetto agente ai fini degli articoli 88 e 89 c. p., **sempre che siano di consistenza, intensità, rilevanza e gravità tali da concretamente incidere sulla stessa e abbiano inciso significativamente sul funzionamento** dei meccanismi intellettivi e volitivi del soggetto"

"per converso, **non** assumono rilievo ai fini della imputabilità le altre anomalie caratteriali e gli stati emotivi e passionali, che non rivestano i suddetti connotati di incisività sulla capacità di autodeterminazione del soggetto agente".

Pertanto la Corte, ai sensi dell'art. 173,3 disp. att. c.p.p., ha affermato il seguente principio di diritto:

"ai fini del riconoscimento del vizio totale o parziale di mente, rientrano nel concetto di infermità anche **i gravi disturbi della personalità**, a condizione che il giudice ne accerti la gravità e l'intensità, tali da escludere o scemare grandemente la capacità di intendere o di volere

e il nesso eziologico con la specifica azione criminosa" (affermazione ricorrente nelle massime giurisprudenziali della Corte di Cassazione, sez. I e in tutte le sentenze che hanno seguito tale pronuncia).

Già alla luce dei principi ispiratori della legge 81/2014 (Gazzetta Ufficiale n.125 del 31-5-2014), recante «Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari» si poteva dedurre la richiesta, sia pur indiretta, di operare a monte, affrontando alcuni snodi molto problematici, il principale dei quali riguarda contenuti e metodo della *perizia/consulenza psichiatrica*.

Come proposto nella relazione finale del tavolo 11 degli Stati generali (dicembre 2015)

"la psichiatria forense deve occuparsi solo di autori di reato affetti da disturbi dello spettro psicotico o da disturbi della personalità la cui **consistenza, intensità, rilevanza e gravità** siano tali da aver inciso in maniera significativa sul funzionamento dei meccanismi intellettivi e volitivi dell'agente in riferimento al reato addebitato".

MA ANCOR PIÙ

Nella c.d. Riforma Orlando e nella legge 23 giugno 2017, n. 103 che reca "Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e all'ordinamento penitenziario", (GU n.154 del 4-7-2017), si prevede "la revisione del modello definitorio dell'infermità, mediante la previsione di clausole in grado di attribuire rilevanza, in conformità a consolidate posizioni scientifiche, ai disturbi della personalità".

Ecco allora che la perizia psichiatrica deve essere radicalmente riformata e ampliata nei suoi contenuti e fini in punto criteriologia diagnostica, valutazione dell'infermità di mente e pericolosità sociale psichiatrica.

In particolare, la diagnosi deve basarsi su di un modello integrato di lettura, frutto della convergenza tra
– il modello *categoriale* (la diagnosi descrittiva, nosografica in cui collocare convenzionalmente la **categoria alfa numerica**)

- quello *psicopatologico* (i **disturbi psicopatologici** contenuti nella categoria diagnosticata e qualificanti la stessa e che si costituiscono come «quid novi» o «quid pluris»)
- e quello *funzionale* (attraverso quali modalità le tematiche psicopatologiche individuate hanno inciso in maniera significativa sul **funzionamento dei meccanismi intellettivi e volitivi** del soggetto in osservazione, modellandone il comportamento agito o subito).

Pertanto, nel procedimento conoscitivo e poi valutativo, **la clinica** che utilizza un modello integrato di conoscenza, di intervento e di valutazione **resta sovrana** con un'attribuzione mentale sua propria, come restano sovrani i vincoli deontologici e procedurali.

Esami di laboratorio, interviste, questionari, indagini neuroscientifiche, neuropsicologiche, genetiche e strumentali, test di efficienza e di personalità devono essere valutati nell'ambito di un discorso clinico che prenda in considerazione *l'intera persona, nella sua storia di vita irripetibile e non riproducibile in laboratorio*.

Il giudice non può ignorare le prove neuro scientifiche e tutte le altre, ma deve essere molto oculato nell'utilizzarle, perché esse gli forniscono solo una parte di una verità clinica per sua natura molto complessa.

Deve inoltre escludere le prove vietate dalla legge e quelle che manifestamente sono superflue o irrilevanti o influiscono sulla libertà di autodeterminazione della persona o ne pregiudicano la libertà morale (artt. 188, 189 e 190 c.p.p.). Al giudice, infine, la libertà di accettare o meno quelle prove che non siano regolamentate in altra sede.

- Riprendiamo ora il tema fondamentale che riguarda
- Al momento del fatto e in riferimento allo stesso.
 - Collocazione categoriale e significato funzionale dell'infermità di mente.

Si tratta di tematiche fondamentali, perché il riferimento cronologico (al momento del fatto) rispetta un superato criterio medico psichiatrico di causa (la diagnosi psichiatrica) ed effetto (il passaggio all'atto e il suo **valore di malattia**), mentre quello funzionale (in riferimento al

fatto) introduce un altro modello (*non sostitutivo, bensì integrativo*) di indagine clinica e valutativa (il **significato di infermità**).

«Valore di malattia», o, meglio, «significato di infermità» deve essere riconosciuto solo a quei reati che equivalgono ai sintomi psicopatologici individuati nei quadri clinici di cui si è detto sopra, scompensati sul piano funzionale e in grado di generare *un tale stato di mente da* escludere o scemare grandemente la capacità di intendere **o** (meglio **E**) di volere.

In difetto o in assenza di detto rapporto (il c.d. nesso di causalità o eziologico), anche il malato di mente può essere ritenuto imputabile e competente, dal momento che il suo funzionamento mentale, sia pur sotteso dai disturbi psicopatologici da cui è affetto, non si correla con il comportamento oggetto di indagine giudiziaria e si colloca in spazi convenzionali di «libertà», «autonomia» e «capacità».

In ogni caso, sono assolutamente da evitare ipotesi interpretative del reato, se non in presenza di una chiara verità processuale o di una esplicita ammissione e/o descrizione da parte dell'autore di reato o della vittima o della persona che ha compiuto un atto di rilevanza giuridica.

Ovviamente le diverse fonti di «verità» dovranno trovare una loro concordanza e convergenza, pur in presenza di versioni di cui nessuno – singolarmente – è in grado di conoscerne la veridicità storica e fornirne una versione obiettiva.

A QUESTO PROPOSITO

- Significato di infermità e disturbo mentale **non** sono due concetti intercambiabili;
- L'uno comporta la valutazione di un agito, l'altro la necessità di un intervento terapeutico;
- L'uno appartiene al linguaggio della psichiatria forense, l'altro a quello della psichiatria clinica;
- Un agito violento può essere sintomatico di un disturbo mentale in atto o di un funzionamento che nulla ha a che fare con un disturbo mentale.

IN CONCLUSIONE

Infermità di mente esiste solo in quei casi in cui l'agito

- può essere iscritto in documentate alterazioni psicopatologiche proprie di disturbi mentali specifici, rilevanti e gravi che,
- per l'intervento di fattori stressanti (= il quid novi o il quid pluris),
- si sono epifenomenizzati nel comportamento oggetto di indagine,
- incidendo in maniera significativa sul funzionamento dei meccanismi intellettivi o volitivi dell'autore di reato
- e hanno generato *un tale stato di mente da* escludere o scemare grandemente la capacità di intendere o (rectius e) di volere.

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 Lombarda
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