



**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



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

# PERICOLOSITÀ SOCIALE CRIMINALE E PSICHIATRICA

6 MAGGIO 2024

**Fornari Ugo**

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

## UNA BREVE MESSA A PUNTO SULLO STATO DELL'ARTE

Il codice penale del 1930, all'art. 215, primo comma, n. 3, c.p. prevede il ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario per il prosciolto per vizio totale di mente socialmente pericoloso<sup>1</sup>.

La norma codicistica (art. 203 c.p.) parla di pericolosità sociale, senza ulteriori distinzioni e precisazioni.

La legge n.81 del 2014 sostituisce il manicomio criminale con la R.E.M.S. intesa come struttura residenziale con funzioni terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative, a permanenza **transitoria** ed **eccezionale**, la cui applicazione può essere definitiva o provvisoria.

Sintetizzando le definizioni di cui sopra, si può affermare che, allo stato attuale, la R.E.M.S. è una Residenza per l'Esecuzione della Misura di Sicurezza psichiatrica detentiva, che svolge funzioni terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative e che, in maniera più appropriata e coerente con lo spirito della legge, dovrebbe essere rinominata **Residenza Terapeutica Giudiziaria o Servizio Psichiatrico per Pazienti Giudiziari**.

Nell'ordinanza n. 69 della Corte Costituzionale, emessa in data 24 marzo 2021 e depositata in data 16 aprile 2021, si precisa che l'internamento in una REMS:

"... è pur sempre la modalità prevista dall'ordinamento per eseguire la misura di sicurezza del ricovero in ospedale

psichiatrico giudiziario, il cui scopo tipico è il contenimento della pericolosità sociale dell'internato".

**La REMS, quindi, è una struttura psichiatrica di sicurezza detentiva che svolge anche funzioni di tipo sanitario.**

In relazione alle difficoltà registrate nell'applicazione concreta di questa misura di sicurezza nei confronti degli autori di reato infermi di mente e socialmente pericolosi, la Corte Costituzionale, Con sentenza n. 22 del 16 dicembre 2021 (Dep. 27 gennaio 2022), ricorda che

"L'assegnazione alle REMS "resta nell'ordinamento italiano una misura di sicurezza, disposta dal giudice penale non solo a scopo terapeutico, ma fondamentalmente per contenere la pericolosità sociale di una persona che ha commesso un reato".

Di qui il monito al legislatore affinché proceda, senza indugio, a una complessiva riforma del sistema, che, a mio avviso, solo integrando culture, linguaggi, metodi, strategie diversificate e attualmente opponentisi, si potrà portare avanti.

Nelle risoluzioni del CSM 19.4.2017 e 24.9.2018 è stata ribadita, oltre l'esclusiva gestione sanitaria all'interno delle R.E.M.S., la centralità dei Dipartimenti di Salute Mentale che, con tutte le loro funzioni di diagnosi cura e di assistenza, diventano a pieno titolo i titolari dei programmi terapeutici e riabilitativi allo scopo di attuare, di norma, i trattamenti in contesti territoriali e residenziali.

## ALCUNE REVISIONI BASATE SU UNA NUOVA CLINICA FORENSE

Onde evitare la persistente commistione e confusione tra le nozioni di "cura" (in senso sanitario) e di "controllo" (in senso giudiziario), come se si trattasse di nozioni e di percorsi sovrapponibili, se non addirittura identici è fondamentale precisare che:

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).

- una cosa è la nozione di **pericolosità sociale psichiatrica**, quale indirettamente ricavabile dalle sentenze 8.7.1982, n. 139 e 15.7.1983, n. 249 della Corte Costituzionale e che nella legge 81/2014 si identifica con quella di necessità **attuale** di cure adeguate e di **protezione** del paziente giudiziario perché persiste, da un punto di vista *psicopatologico*, il *rischio* di agiti auto-eterolesivi *al momento in cui gli viene applicata la misura stessa*. Detto rischio deve essere dallo psichiatra e non dal giudice graduato in **elevato, attenuato, assente, cessato**, con precisazione dei rispettivi indicatori clinici finalizzati alla cura e alla protezione dal rischio psicopatologico in atto;
- cosa ben diversa è la **pericolosità sociale penale** (o criminale) il cui accertamento deve rimanere compito di **esclusiva** spettanza del magistrato (art. 203 e 133 c.p.) già in fase di cognizione e poi per tutta la fase di esecuzione di una pena o di una misura di sicurezza **non** psichiatrica, al fine di modificarne il regime e tenendo conto della carriera criminale della persona in esame, delle condotte pregresse e dei fattori predittivi di rischio criminale riconducibili a tratti di personalità, apprendimenti differenziali, associazionismo criminale (*fattori criminogenici*).

Il Tribunale di Milano sez. IX, con sentenza n.13635 del 3 dicembre 2018, ha affermato che in tema di pericolosità sociale **la valutazione psichiatrica fatta dal perito è diversa da quella demandata al giudice** nella valutazione penalistica.

Il G.I.P.-G.U.P., del Tribunale di Macerata, in data 20.2.2019, ha precisato che

«ai fini dell'applicabilità delle misure di sicurezza personali, la pericolosità sociale, stante la sua correlazione con le circostanze indicate nell'art. 133 c.p., non può essere confusa con la pericolosità valutata esclusivamente sul piano psichiatrico in riferimento alla natura ed alla evoluzione dello stato patologico del soggetto, sicché la valutazione indicata dall'art. 203 c.p. *costituisce compito esclusivo del giudice*, il quale non può abdicarvi in favore

di altri soggetti né rinunciarvi, pur dovendo tener conto dei dati relativi alle condizioni mentali dell'imputato ed alle implicazioni comportamentali eventualmente indicate dal perito.

Nello stesso senso si è ritenuto che ai fini dell'accertamento della pericolosità sociale hanno rilevanza anche la natura e gravità dei fatti-reato, in quanto il giudice **non** è tenuto a prendere in considerazione soltanto i dati di natura medico-psichiatrica, ma bene può attribuire rilievo a qualsiasi altro elemento ritenuto utile ai fini della prognosi di pericolosità».

Nella sentenza 22/2022 si legge inoltre che è possibile controllare la pericolosità dell'infermo di mente autore di reato, oltre che con l'internamento in R.E.M.S. «con strumenti alternativi, per esempio con l'affidamento ai servizi territoriali per la salute mentale».

#### **Molti operatori del territorio, però,**

- Fanno eccessivo affidamento su di una discutibile nosografia psichiatrica.
  - Non sono formati in ambito forense o poco e male ne sanno.
  - Spesso tengono in non cale il fatto che nel giudiziario il loro referente è il giudice e sono convinti di poter operare in assoluta indipendenza da questo dato di realtà.
  - Troppe volte, prendono le mosse da certe opinabili valutazioni peritali e poi per tutto il percorso di cura si trovano collocati in una cornice confusiva e contraddittoria.
- Inoltre hanno a che fare con molti **consulenti e periti** che
- Nei loro elaborati prendono le mosse da quesiti peritali imprecisi e generici.
  - Rivelano scarsa e approssimativa conoscenza della psicopatologia forense.
  - Si pronunciano sulla pericolosità sociale dell'indagato/imputato facendo riferimento all'art. 203 c.p.
  - Eccedono nel discutibile ricorso al vizio parziale di mente che comporta soluzioni spesso incongrue e per tempi non definiti.



**Proviamo allora a mettere un po' di chiarezza**, ricordando *in primis* che i provvedimenti giudiziari di controllo della pericolosità sociale criminale sono **di competenza non del curante ma del giudicante** che deve formulare, un giudizio sul rischio concreto di commissione di condotte illecite avendo ad oggetto il comportamento futuro del preposto, attraverso una valutazione della complessiva personalità dello stesso, risultante da ogni manifestazione sociale della sua vita, sulla scorta di elementi obiettivamente identificabili e **non** rimessi all'arbitrario apprezzamento del giudicante (Corte di Cassazione, sez. I penale, sentenza 3.6.2019, n. 24658).

Dalle quattro sentenze della Corte Costituzionale (n. 139/1982, n. 249/1983, n. 249/2003 e n. 253/2004)<sup>2</sup>; dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008; dall'impianto della legge n. 81/2014 e dalle le risoluzioni del CSM 19.4.2017 e 24.9.2018, discende invece che, *nella costruzione peritale e nell'attività clinica, sia per il perito che valuta che per il sanitario che cura*, la pericolosità sociale deve essere intesa come *valutazione clinica* della necessità di cura a *elevata* o ad *attenuata* intensità terapeutica (Corte Cost. Sent. 18 luglio 2003, n. 253 e Corte Cost. Sent. 29 novembre 2004, n. 367).

## LA NECESSITÀ DI CURA, PROTEZIONE E CONTROLLO A ELEVATA INTENSITÀ TERAPEUTICA SI BASA SULLA PRESENZA DEI SEGUENTI

Indicatori interni propri della patologia di cui il soggetto è portatore

- presenza di sintomatologia psicotica florida;
- assenza di consapevolezza di malattia (insight);
- atteggiamento negativo o non collaborativo verso le terapie psicofarmacologiche (adherence);
- scarsa o nulla risposta a quelle praticate (compliance);

- esplosioni comportamentali di rabbia incontrollata, auto- e/o etero-distruitive;
- impoverimento e incapacità di regolazione ideaffettiva e relazionale.

Quando gli indicatori interni vanno diminuendo di gravità e il quadro psicopatologico e comportamentale si va stabilizzando nel senso che:

- si è attivato un progressivo processo di responsabilizzazione e di autonomizzazione;
- la sintomatologia psicotica florida si è raffreddata o spenta;
- è stata raggiunta una buona capacità di controllo e di regolazione emotiva;
- la qualità di vita è migliorata;
- il funzionamento globale intrapsichico e relazionale è migliorato

Si parla di **NECESSITÀ DI CURA, PROTEZIONE E CONTROLLO AD ATTENUATA INTENSITÀ TERAPEUTICA**. Entrano allora in gioco i seguenti indicatori esterni alla patologia di cui il soggetto è portatore (le risorse):

- caratteristiche dell'ambiente familiare e sociale di appartenenza (accettazione, rifiuto, indifferenza);
- disponibilità e progetti terapeutici da parte dei servizi psichiatrici di zona (la continuità terapeutica);
- possibilità o meno di (re)inserimento lavorativo in attività anche non remunerate o di soluzioni alternative;
- tipo, livello e grado di accettazione del rientro del soggetto nell'ambiente in cui viveva prima del fatto-reato;
- opportunità alternative di sistemazione logistica.

Si tratta di indicatori fondamentali per applicare la misura *non* detentiva a carattere obbligatorio della **LIBERTÀ VIGILATA TERAPEUTICA**, la cui efficacia ed efficienza è monitorizzata dall'UEPE (Uffici per l'Esecuzione Penale Esterna).

2. Le due sentenze della Corte costituzionale (sentenze 8.7.1982, n. 139 e 15.7.1983, n. 249) hanno abolito il principio dell'automatismo della misura di sicurezza psichiatrica e hanno stabilito che l'applicazione di detta misura deve essere costantemente subordinata all'accertamento della presenza e persistenza della pericolosità sociale dell'imputato proscioltto per infermità psichica o dell'imputato condannato per delitto non colposo ad una pena diminuita per cagione di infermità psichica.

Una **visione integrata** del lavoro psichiatrico giudiziario deve prevedere, però, che gli operatori sanitari si possano prendere cura solo di autori di reati affetti da *disturbi dello spettro psicotico o depressivi maggiori* o da *disturbi gravi della personalità* (Cass., S. U. Pen., 9163/2005), eventualmente in *comorbidità* e scompensati sul piano funzionale con rigorosa esclusione di coloro che presentano *comportamenti criminali egosintonici* (psicopatici, sociopatici, antisociali), delinquenti sessuali, tossicodipendenti, mobbizzatori, molestatori assillanti e via dicendo, quando privi di dignità psicopatologica: pertanto di competenza «altra».

Pertanto, tutti gli «esperti» devono essere in grado di saper valutare le caratteristiche individuali associate alla **violenza** e al **recidivismo**, discriminando

- i fattori di rischio individuali riconducibili a tratti di personalità, apprendimenti differenziali, associazionismo criminale (*fattori criminogenici*)
- rispetto ai fattori di rischio non correlati al comportamento criminale, bensì a disturbi psichiatrici (*fattori non-criminogenici*).

Il **giudice** è la persona che deve svolgere le funzioni di garante e di supervisore del percorso clinico giudiziario, tenendo ben distinte le esigenze di controllo e di sicurezza (*la cornice, di sua stretta competenza*) da quelle di cura e di protezione (*i contenuti e le modalità di esecuzione della misura adottata di stretta competenza sanitaria*).

## 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